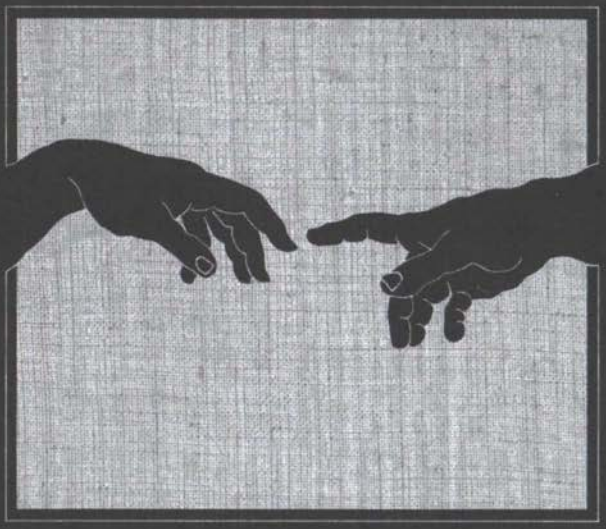
Institut für Psychologie der Universität Würzburg
Fernstudienprojekt „Humanistische Psychologie" (HP)
Projektleiter: Prof. Dr. Ludwig J. Pongratz
Stellvertretender Leiter: Prof. Dr. Hilarion Petzold

Wege zum Menschen

Methoden und Persönlichkeiten moderner Psychotherapie
Ein Handbuch
Band II



Herausgegeben von
Hilarion Petzold

Junfermann-Verlag

Zu diesem Buch:

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

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

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

Folgende Verfahren werden dargestellt:

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

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

ISBN 3-87387-227-7

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

Wege zum Menschen

Methoden und Persönlichkeiten moderner Psychotherapie

Ein Handbuch

Band II

Herausgegeben
von
Hilarion Petzold

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

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

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

BUNDESMINISTER FÜR BILDUNG UND WISSENSCHAFT.

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

Auskunft erteilt:

Universität Würzburg
Institut für Psychologie II
Projekt HP
Ludwigstraße 6
D-8700 Würzburg
Telefon: 0931/31871

Filmbezug:

Tellux-Film GmbH
Abteilung Videoversand
Giselastraße 3a
8000 München 40
Telefon: 089/347024

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

Wege zum Menschen

Methoden und Persönlichkeiten moderner Psychotherapie

Ein Handbuch

Band II

Herausgegeben
von
Hilarion Petzold

JUNFERMANN-VERLAG · PADERBORN

1984

CIP-Kurztitelaufnahme der Deutschen Bibliothek

Wege zum Menschen:

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

Paderborn: Junfermann

NE: Petzold, Hilarion [Hrsg.]: Institut für Psychologie <Würzburg> / Fernstudienprojekt Humanistische Psychologie;
Bd. 2 (1984).

ISBN 3-87387-227-7

© Junfermannsche Verlagsbuchhandlung, Paderborn 1984

2. Auflage 1984

Einband-Gestaltung: Christof Gassner

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

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

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

Gesamtherstellung: Junfermannsche Verlagsbuchhandlung und Verlagsdruckerei, Paderborn.

ISBN 3-87387-227-7

INHALTSVERZEICHNIS

Band I

Begriff und Funktion von Menschenbildern in Psychologie und Psychotherapie, *Heinrich Hagehülsmann* 9

Erkenntnisquellen und Methoden der Humanistischen Psychologie, *Oskar Lockowandt* 45

Psychodrama. Die ganze Welt ist eine Bühne, *Hilarion Petzold* 111

Gestalttherapie — Integrative Therapie. Leben heißt Wachsen, *Christiane Bünte-Ludwig* 217

Gesprächspsychotherapie. Die Kraft des Guten, *Jürgen Howe, Wolf-Rüdiger Minsel* 309

Familientherapie. Fünf Freiheiten, *Gesa Jürgens, Heidi Salm* 387

Logotherapie. Auf der Suche nach Sinn, *Elisabeth Lukas* 451

Existenzialpsychologisch-Meditative Therapie. Das Tor zum Insgeheimen öffnen, *Aleš Wotruba, Sarka Wotruba* 523

Personenregister 599

Sachregister 615

Band II

Individualpsychologie. Ziel ist die Gemeinschaft, *Michael Titze* 7

Psychoanalyse. Am Anfang war die Couch, *Rudolf Bock* 101

Analytische Psychologie. Urbilder der Seele, *Lutz Müller, Theodor Seifert* 175

Bioenergetik. Verrat am Körper, *Waldemar Kufner* 245

Transaktionsanalyse. Tauschhandel der Gefühle, *Helmut L. Harsch, Fred M. Jessen* 309

Kognitive Verhaltenstherapie. Selbstmanagement-Therapie, Ich will mich ändern, *Christa Hecht* 397

Therapeutische Gemeinschaften. Das Heil in der Gruppe, *Gernot Vormann* 489

Personenregister 562

Sachregister 574

Individualpsychologie
Ziel ist die Gemeinschaft

Michael Titze

1. Definition des Verfahrens

Die *Individualpsychologie*[1] ist ein tiefenpsychologisch fundiertes (heil-) pädagogisches und psychotherapeutisches System, das durch den Wiener Nervenarzt *Alfred Adler* (1870-1937) gegründet wurde. Sie richtet ihr Augenmerk sowohl auf intra- als auch intersubjektive (soziale) Phänomene bzw. Sachverhalte.

Die Individualpsychologie versteht sich als ein *antireduktionistisches Verfahren*, das den Menschen als eine unteilbare (= „in-dividuale") *Ganzheit* auffaßt, deren sämtliche vitale Äußerungen (Denken, Fühlen, Handeln) in einem funktionalen Bezug zueinander stehen.

Die Individualpsychologie geht ferner davon aus, daß dem menschlichen Lebensvollzug eine grundsätzliche *Zielgerichtetheit* („Finalität") zugrunde liegt. Folgerichtig wird kausalen Faktoren (z.B. Instinkten, Triebenergien, zentralnervösen Bahnungen oder traumatischen Früherfahrungen) im Rahmen des impliziten Motivationsmodells viel weniger Bedeutung zugesprochen als finalen Wirkkräften. Die Besonderheiten menschlicher Lebensdynamik werden mithin durch die Eigenart eben jener Ziele erklärt, die sich der betreffende Mensch selbst gegeben hat und auf die er sich sein Leben lang hinbewegt. Die Individualpsychologie geht dabei davon aus, daß diese umfassende Zielstrebigkeit des menschlichen Lebens einem *pragmatischen Grundprinzip* unterworfen ist. Das Individuum nimmt nämlich jeweils eben jene Wege, Methoden, Strategien oder Mittel des Handelns kontinuierlich in Anspruch, die sich in seinen frühen Entwicklungsabschnitten als „nützlich" erwiesen haben, um die Annäherung an ein ideales Endziel vollkommener Gesichertheit bzw. *Überlegenheit* zu ermöglichen. Dies entspricht, in formaler Hinsicht, dem grundsätzlichen Streben des Menschen nach *Überwindung* von Mangelsituationen (Unterlegenheit, Minderwertigkeit, Unvollkommenheit).

Schließlich versteht sich die Individualpsychologie als eine Teildisziplin der *Tiefenpsychologie*, da einer ihrer wesentlichen Gegenstands-

bereiche durch die Sphäre unbewußter bzw. „unverstandener" Sachverhalte dargestellt wird.

2. Geschichte

Die Individualpsychologie zählt, als „2. Wiener Schule der Psychotherapie", zu den ältesten psychotherapeutischen Verfahren überhaupt (vgl. *Fages*, 1981). Sie ist eine der drei klassischen Richtungen der Tiefenpsychologie (neben der Psychoanalyse *Freuds* und der Analytischen Psychologie *Jungs*). Außerdem wird sie mittlerweile als Vorläuferin der existentialistischen, ontologischen und anthropologischen Richtungen der Psychotherapie angesehen. Sie ist damit auch eine der ältesten Schulen der Humanistischen Psychologie (vgl. *Titze*, 1978, 1983).

2.1 Vorläufer

Vorläufer der Individualpsychologie finden sich erstens im Bereich der *Philosophie* und zweitens im Bereich der *Dynamischen Psychiatrie* (Psychotherapie).

2.1.1 Die philosophischen Vorläufer

Die Individualpsychologie steht sodann unter dem Einfluß des Transzendentalen Idealismus *Kants*. *Ansbacher* (1965), *Rattner*, (1978), *Russo* (1924) und *Way* (1962) stellen in diesem Zusammenhang fest, daß *Adler* einige Grundkonzepte der *Kant*schen Philosophie entlehnt hat. Dies trifft für die individualpsychologische Lehre von der *privaten Logik* (*Kants*, ‚sensus privatus") und des *Gemeinschaftsgefühls* bzw. *common sense* (*Kants* „sensus communis") zu. *Adler* selbst beruft sich auf *Kant* im Rahmen seiner theoretischen Darlegungen über die Anschauungsformen des Verstands und der Beschränkung des Wahrnehmungskreises („selektive Aufmerksamkeit") (vgl. *Adler*, 1972).

Von den Philosophen, die in der (neu-)kantianischen Tradition stehen, haben insbesondere die sog. *Pragmatisten und Instrumentalisten* einen nachhaltigen Einfluß auf die Formulierung der individualpsychologischen Persönlichkeitstheorie (vgl. *Winetrout*, 1958) gehabt. In diesem Zusammenhang ist an erster Stelle *Vaihinger* (vgl. 1911), der Begründer einer fiktionalistischen „Als-ob-Philsophie" und Mentor des individualpsychologischen Finalitätskonzeptes, zu nennen (vgl. *Rattner*, 1978, *Wandeler*, 1932).

Weiterhin ist der französische „Semipragmatist" *Bergson* anzuführen, auf den sich die individualpsychologischen Begriffe der *tendenziösen Apperzeption* und des *Lebensstils* indirekt zurückführen lassen (vgl. *Schrecker*, 1912).

Einen gewissen Einfluß auf die Entstehung der individualpsychologischen Persönlichkeitstherorie haben schließlich auch die angelsächsischen Pragmatisten *Dewey, James, Mead, Peirce* und *Schiller* gehabt (vgl. 5.1.3 und *Holub*, 1932).

Als einer der wichtigsten Vorläufer der Individualpsychologie ist sicher auch *Nietzsche* anzusehen. *Adlers* Theorie des *Macht-* bzw. *Überlegenheitsstrebens* geht indirekt auf *Nietzsches* Darlegungen über den „Willen zur Macht" zurück. *Ansbacher* (1972), *Crookshank* (1933), *Ellenberger* (1973), *Freschl* (1936) und *Friedman* (1929) weisen ausführlich auf die große Affinität von *Nietzsche* und *Adler* hin. *Rattner* (1972) macht in diesem Zusammenhang darauf aufmerksam, daß „ein Großteil der (*Adler*schen) Gedankengänge mit der sogenannten ‚Lebensphilosophie' parallel läuft und vielleicht auch teilweise aus ihr stammt" (S. 124). Ihre wichtigsten Vertreter sind neben *Nietzsche Hartmann, Klages, Schopenhauer* und *Simmel*. Sie werden von *Adler* jeweils angeführt und mehr oder weniger häufig zitiert. Es steht aber in jedem Falle fest, daß dem philosophischen Werk *Nietzsches* in diesem Zusammenhang die größte Bedeutung zukommt.

Die Lebensphilosophie steht in einer gewissen Beziehung zu den Entwicklungslehren von *Darwin* und *Lamarck*. Tatsächlich spiegeln sich in einem von *Adlers* Frühwerken, nämlich seiner Studie über die *Minderwertigkeit von Organen*, einige der wesentlichen Standpunkte dieser beiden Phylogenetiker. Im übrigen weist etwa *Ellenberger* (1973) darauf hin, daß „*Adlers* (persönliche) Entwicklung in einer vom ... Sozialdarwinismus durchdrungenen Atmosphäre stattfand" (S. 849).

Schließlich stand *Adler* in seinen jungen Jahren sehr unter dem Einfluß der marxistischen Philosophie, die seinem sozialen Engagement in besonderem Maße entgegenkam (vgl. *Furtmüller*, 1983). Überhaupt dürften ihm die Lehren des „wissenschaftlichen Sozialismus" jenes Korrektiv an die Hand gegeben haben, das notwendig war, um die individualistischen Verabsolutierungen von *Nietzsches* Philosophie auszugleichen (vgl. *K. Adler*, 1977).

2.1.2 Die psychotherapeutischen Vorläufer

Die Individualpsychologie steht — in ihrer Bedeutung als ein psychotherapeutisches System — in der Tradition der *Dynamischen Psychiatrie*. Somit sind die Urväter dieser Bewegung, etwa die Ärzte der

Romantik und die Protagonisten des „animalischen Magnetismus" (vgl. *Ellenberger*, 1973), als weitere Vorläufer der Individualpsychologie anzuführen. Ausdrücklichen Bezug nimmt *Adler* (1912) dabei auf den Nestor der französischen Psychotherapie *Janet*, dessen Konzept des *sentiment d'incomplétude* eine Entsprechung in *Adlers* Theorie der Minderwertigkeitsgefühle findet.

Schließlich muß insbesondere auch *Freud* in der Reihe der Vorläufer der Individualpsychologie aufgeführt werden, hat er doch — als „Vater der Tiefenpsychologie" — eben jene Positionen bestimmt, von denen auch die Individualpsychologie einen Gutteil ihrer Identität herleitet (vgl. *Titze*, 1983, 1984c). Dies bezieht sich namentlich auf den Gegenstandsbereich *unbewußter* psychischer Phänomene bzw. Funktionen, der dem klassischen Untersuchungsfeld der Psychologie, nämlich der Sphäre *bewußter* Zusammenhänge, in antithetischer Weise zur Seite gestellt wird. *Adler* betont freilich die Tatsache einer *Synthese* dieser Antithesen innerhalb der Einheit des „Lebensstils" (vgl. 4.1.4, 5.1.2). *Freuds* Entdeckung, daß etwa Fehlleistungen und Träume Äußerungen „unbewußten Materials" darstellen (und demzufolge einen wesentlichen Schlüssel für das Verständnis gerade von psychopathologischem Geschehen bilden), wurde — wenn auch in modifizierter Weise — von der Individualpsychologie rezipiert. Entsprechendes gilt für die in diesem Zusammenhang relevanten methodischen Handreichungen zur („analytischen") Interpretation derartigen Materials (vgl. *Wexberg*, 1927, 1975).

2.2 Die Anfänge

Adlers ursprüngliches Interesse galt sozialmedizinischen bzw. -hygienischen Problemen (vgl. *Adler* 1898, *K. Adler*, 1977, *Ansbacher*, 1980, *Bruder-Bezzel*, 1983, *Ellenberger*, 1973, S. 805ff). Recht bald wandte er sich daneben auch spezifisch (heil-)pädagogischen Fragestellungen zu (*Ellenberger*, 1973, S. 811f). Es war dann eher ein Zufall, daß er 1902 von *Freud* zur Teilnahme an den legendären Mittwochsdiskussionen eingeladen wurde, der Keimzelle der gesamten psychoanalytischen Bewegung. (Was der Grund für diese Einladung war, konnte bis zum heutigen Tag nicht eindeutig geklärt werden, vgl. auch *K. Adler*, 1977).

Adler avancierte allmählich zu einem der führenden Exponenten der frühen Psychoanalyse und bekleidete wichtige Ämter (Präsident der Psychoanalytischen Vereinigung und einer der Schriftleiter des „Zentralblattes für Psychoanalyse"). Dennoch hatte er sich von Anfang an

jeder Orthodoxie verschlossen, hatte eigene Ideen entwickelt und sich immer wieder in eine Gegenposition zu *Freud* gebracht. Dies führte dazu, daß sich einige der treuen Anhänger *Freuds* gegen ihn wandten. *Freud* selbst, der *Adlers* Originalität anfangs noch schätzte (und seine *Studie über Minderwertigkeit von Organen* ausdrücklich guthieß), begann im Laufe der Zeit mehr und mehr zu befürchten, *Adlers* abweichende Sichtweise könnte eine Gefahr für die psychoanalytische Theoriebildung darstellen. Denn das, was *Adler* so vehement propagierte, war nach *Freuds* Ansicht bloße „Ich-Psychologie", die den Grundprinzipien der Psychoanalyse (Postulat der Wirksamkeit infantiler Sexualität und unbewußter Triebkräfte) nicht mehr gerecht wurde (vgl. *Fages*, 1981, *Titze*, 1984c).

Tatsächlich hatte *Adler* im Laufe der Zeit die immer lauter werdende Forderung erhoben, die ursprünglichen Positionen der Psychoanalyse aufzugeben, soweit sie den Biologismus, den mechanistischen Physikalismus und den reduktionistischen Elementarismus *Freuds* betrafen[2]. Dafür sollten Positionen bezogen werden, die den Erfordernissen einer geisteswissenschaftlich fundierten Psychologie entsprachen. So sollte etwa das Triebkonzept durch den Begriff der Strebung bzw. des Gerichtetseins („Tendenz") ersetzt werden. An die Stelle eines deterministischen Instinktfatalismus sollte die Konzeption der Entscheidungsfreiheit einer individuell-planvollen Zielsetzung treten (vgl. *Titze*, 1979b). Dies aber konnte und wollte *Freud* nicht akzeptieren.

So verließ *Adler* im Jahre 1911, mit sieben Anhängern, die zumeist Sozialisten und Nietzscheaner waren, die Psychoanalytische Vereinigung. Vorausgegangen waren Dispute, die zum Teil heftig und leidenschaftlich geführt wurden (vgl. (*Nunberg und Federn*, 1977). *Adler* legte anläßlich seines Austritts sämtliche seiner Ämter nieder (vgl. *Fages*, 1981). Noch im gleichen Jahr wurde der „Verein für freie psychoanalytische Forschung" gegründet, dessen Vorsitz *Adler* übernahm. *Freud* (1971, S. 187) mißfiel diese Namensgebung sehr. Da auch die Adlerianer selbst an einer deutlichen Abgrenzung zur Psychoanalyse interessiert waren, gaben sie sich recht bald den neuen Namen „Verein für Vergleichende Individualpsychologie" (vgl. *Furtmüller*, 1983, S. 249ff). Damit sollte der ganzheitliche Aspekt einer Persönlichkeitslehre zum Ausdruck gebracht werden, die den Menschen als eine *unteilbare* Einheit auffaßt. Die weitere Entwicklung sollte freilich zeigen, daß diese Namensgebung nicht gerade als geglückt angesehen werden kann (vgl. *Titze*, 1979b, S. 13ff).

2.2.1 Zeitgeschichtlicher Kontext

Aus der Standardliteratur (vgl. *Sotriffer*, 1982) geht hervor, daß sich das Wien der Jahrhundertwende in einem epochalen Umbruchprozeß befand. Es war die Hauptstadt eines äußerst heterogenen Reiches, in dem zwölf ethnische Gruppen ihr sprachliches, religiöses und kulturelles Selbstverständnis zu behaupten suchten (vgl. *Gatterer*, 1982). Die ursprünglich überprivilegierte Minderheit der Deutschösterreicher fühlte sich gerade in Wien in besonderer Weise herausgefordert. Denn hierher, wo die industrielle Revolution ganz besonders zum Tragen kam (vgl. *Kapner*, 1982), drängten die Massen der „halbasiatischen" (*Sperber*, 1977, S. 31) Randgebiete der Donaumonarchie. Hatten sich die Ressentiments zunächst gegen die Slawen gerichtet, so bildete sich nach dem verstärkten Zuzug galizischer Juden ein radikaler Antisemitismus heraus, der sogar von der regierenden christlich-sozialen Partei des Bürgermeisters *Lueger* getragen wurde (vgl. *S. Jones*, 1980, *Moser*, 1982a). Die Wurzeln der rechtsextremen Weltanschauung des Nationalsozialismus[3]gehen auf das Wien der Jahrhundertwende ebenso zurück wie der Zionismus, der als eine Reaktionsbildung auf diesen „Rassenantisemitismus" anzusehen ist (vgl. *Moser*, 1982b)[4]. Dennoch übte das Wien der Jahrhundertwende, in dem „eine merkwürdige Mischung aus Liberalität und Unterdrückung" (*S. Jones*, 1980, S. 104) herrschte, gerade auf die jahrhundertelang verfolgten Ostjuden eine starke Anziehungskraft aus. Sie erlangten hier „im Guten wie im Schlechten größere Bedeutung als sonst irgendwo in Europa" (*Moser*, 1982b, S. 190). Sowohl in kultureller wie in wissenschaftlicher Hinsicht lag ein Nährboden vor, auf dem „das jüdische Talent blühen konnte wie im hochmittelalterlichen Spanien" (*ebenda*). Wien, das *Mekka der Medizin" (Skopec*, 1982, S. 69), wurde so auch zur Wiege der modernen Psychotherapie. Daß *Freud* und *Adler*, die Väter der Tiefenpsychologie, ganz verschiedenartige Wege gingen, läßt sich nicht zuletzt auf den jeweiligen kulturhistorischen Hintergrund zurückführen, von dem sie ihren Ausgang nahmen.

Freuds Familie stammte aus Galizien, einem der Zentren des patriarchalischen Chassidismus (vgl. *Ellenberger*, 1973, S. 567ff). Wie *Krüll* (1979) zeigt, wurden die „frommen" Juden dieses Kulturkreises von klein auf zum Maßhalten erzogen: Sie sollten „sich zusammennehmen, nicht wild sein, jeden Exzeß vermeiden" (*ebenda*, S. 103). Dies bezog sich insbesondere auf die Sexualität, die durch rigide Tabuierungen eingeschränkt wurde (*ebenda*, S. 128). Der Chassidismus stand daneben in der Tradition der ostjüdischen Kabbala und stellte damit auch eine mystische Bewegung dar. Hieraus leitet sich jene eigenartige Mischung aus rationaler Normbezogenheit und spekulativem Mystizismus ab, die auch im Lebenswerk des aufgeklärten „Aufsteigers" (*Sperber*, 1977, S. 42ff), *Freud* ihren Ausdruck findet.

Adlers Vorfahren stammen demgegenüber aus einer Gegend, in der völlig andere Bedingungen herrschten. Das vor den Toren Wiens gelegene (damals ungarische) Burgenland besaß eine jüdische Gemeinde, die sich schon im Laufe des 18. Jahrhunderts allmählich zu „assimilieren" begann, d.h. rege Kontakte zu ihrer christlichen Umwelt hatte. Für diese Juden „war die jüdische Tradition nicht so wichtig" (*Ellenberger*, 1973, S. 776). Schon als Kind war *Adler* nach Wien gekommen, wo er in einer nicht-jüdischen Umgebung im kleinbürgerlichen Millieu aufwuchs. Er hatte niemals das Gefühl, „einer Minderheit anzugehören, er sah sich als einen am volkstümlichen Leben der Stadt Beteiligten, und seine intime Kenntnis des Wiener Dialekts machte es ihm möglich, als Mann des Volkes öffentlich zu sprechen" (*Ellenberger*, 1973, S. 777). So gesehen ist *Adlers* Individialpsychologie ein „echtes Produkt" der tatsächlichen Verhältnisse Wiens, einer Stadt, deren Bewohner von „Aufstiegssehnsüchten" (*Bruder-Bezzel*, 1982/83) erfüllt waren, die ihre Privilegien gegenüber den „minderwertigen" Zuwanderern zu bewahren trachteten[5]. Aus diesem Blickwinkel heraus sah *Adler* die Bedingungen physischer und psychischer Krankheit in sozialen Mißständen (vgl. *Adler*, 1898), die er wiederum auf den Egoismus jener Menschen zurückführte, die ohne Rücksicht auf das Elend ihrer Mitmenschen um Macht und Privilegien kämpfen. *Adler* wurde in diesem Zusammenhang Parteigänger der Sozialisten, deren reformatorische Bestrebungen auf dem Gebiet der Sozialfürsorge, des Wohnungsbaus und des Erziehungswesens er nachhaltig unterstützte. Im Gegensatz zu *Freud* blieb *Adler* stets der „Arzt der kleinen Leute", deren Probleme „notgedrungen" *sozialer* Art waren. Daß *Adler* in Wien besser „ankam" als *Freud* (vgl. *Roazen*, 1976, S. 201) mag vielleicht daher gerührt haben, daß die Individualpsychologie die eigentlichen Probleme dieser Stadt eher erfaßt hatte als die Psychoanalyse.

2.2.2 Persönlichkeit des Gründers und ihre Relevanz für die Ausprägung des Verfahrens

Unter den biographischen Darstellungen über *Adler* (vgl. *Bottome*, 1938, *Ellenberger*, 1973, *Furtmüller*, 1983, *Orgler*, 1977, *Sperber*, 1926, 1971 und *Rattner*, 1972) dürfte *Bottomes* Buch über *Alfred Adler*, den *Apostel der Freiheit*, die fundierteste Quelle für das Verständnis seiner Persönlichkeit sein.

Adler wird als eher unscheinbar und in seinem Habitus als *„kleinbürgerlich"* beschrieben (vgl. *Kemper*, 1974, S. 282). Manche Autoren heben einen *ehrgeizigen* Charakterzug bei *Adler* hervor (vgl. *E. Jones* 1962, Bd. 2, S. 161). *Bottome* (1938, S. 30) führt dies auf *Adlers* Kindheitssituation zurück, die durch körperliche Erkrankungen (z.B. Rachitis) beeinträchtigt wurde. Ferner habe *Adler* den älteren, körperlich überlegenen Bruder stets als „Schrittmacher" vor Augen gehabt: Im Rahmen seiner Theorie von der *Kompensation organischer Minderwertigkeiten* sollte *Adler* (vgl. 1977a) selbst die Erklärung beibringen, weshalb er nach der Phase frühkindlicher Inaktivität einen von ausgeprägter Bewegsamkeit, mutiger Selbständigkeit und großer Lebensbejahung bestimmten Lebensstil entwickeln konnte. Auch der Charakterzug der Animosität, wie er sich aus der Rivalität zum überlegenen Bru-

der ergeben hatte, wurde antithetisch zu einer von *Gemeinschaftsgefühl* geprägten Einstellung kompensiert.

Adler blieb stets ein „Mann des Volkes". Er gab sich bewußt einfach, sprach Wiener Dialekt und lehnte das abstrakte Intellektualisieren des „typischen Wissenschaftlers" ab. Er befleißigte sich jener Art von *Menschenkenntnis*, die dem *common sense* folgt und eine Sprache verwendet, die „jedermann" verstehen kann. *Adler* hatte sie in seiner „Wiener Gassenjungenzeit" einstmals erlernt (vgl. *Rattner*, 1980).

Adler, der als ein hinreißender Volksredner beschrieben wird (vgl. *Orgler*, 1974, S. 229ff), entwickelte dabei einen eigenen Stil, seine theoretischen Darlegungen an Hand von praktischen Fällen und unter Verwendung von Humor, Anekdoten und einer Fülle von Bildern und Gleichnissen mit Leben zu erfüllen. Auf die Niederschrift wissenschaftlicher Abhandlungen legte er demgegenüber wenig Wert, eine Tatsache, die der Verbreitung der Individualpsychologie in akademischen Kreisen in der weiteren Folge zum Nachteil gereichen sollte (vgl. *Nigel*, 1970).

2.3 Wirkungsgeschichte

Nach dem Ende des 1. Weltkriegs, der *Adler* tief beeindruckt hatte (vgl. *Adler*, 1919), entwickelten die Individualpsychologen eine Vielzahl von Aktivitäten. Ihr großes Anliegen dabei war, jene pädagogischen Voraussetzungen zu schaffen, die den antisozialen Tendenzen im Menschen, den Bedingungen von Neurosen, Psychosen und gemeinschaftsfeindlichen Ideologien nachhaltig entgegen steuern sollten. Es war für diese Intention vorteilhaft, daß der Wiener Magistrat, der sich aus Sozialisten zusammensetzte, eine Schulreform durchgeführt hatte, die geradezu ideale Voraussetzungen zur Einführung derartiger volkserzieherischer Maßnahmen bot (vgl. *Furtmüller*, 1983, S. 375ff, *Mende*, 1982)[6]. So begannen die Individualpsychologen Kurse für Lehrer am Pädagogischen Institut der Stadt Wien durchzuführen. Daneben hielt *Adler* Vorlesungen im „Volksheim", dem Zentrum der Erwachsenenbildung (vgl. *Adler*, 1973c). Es wurden in diesem Zusammenhang innovatorische Methoden[7] entwickelt, die zum Grundstock der modernen Gruppen- und Familientherapie gehören (vgl. *Adler*, 1974c, *Alexandra Adler*, 1929, *Dreikurs* et al., 1959, *Furtmüller*, 1983). Bald wurden die ersten *Erziehungsberatungsstellen* (insgesamt 28) in einer Reihe von staatlichen Schulen ins Leben gerufen (vgl. *Bornemann*, 1972). Sie waren eine wichtige Stätte für die praktische Ausbildung von Ärzten, Lehrern, Sozialarbeitern und Studenten (vgl.

Orgler, 1974, S. 217, *Seidler* und *Zilahi*, 1929). 1931 wurde schließlich eine individualpsychologische Versuchsschule gegründet, in der rund 1000 Schüler, die zumeist „Sorgenkinder" waren, unter Verwendung ganz neuartiger Methoden in einem prosozialen Sinne unterrichtet wurden (vgl. *Birnbaum*, 1932, *Papanek*, 1962, *Scharmer*, *Spiel*, 1929, *O. Spiel*, 1947, 1979). Es war dies auch eine „Besuchsschule", die von Fachleuten aus aller Welt zu Studienzwecken besucht wurde. Dies trug wesentlich zur raschen Verbreitung der Individualpsychologie bei, so daß gegen Ende der zwanziger Jahre in fast allen Ländern Europas lokale Arbeitsgruppen von Adlerianern ihre Arbeit aufgenommen hatten (vgl. *Furtmüller*, 1983, *Orgler*, 1974, S. 221, *Rom*, 1966, 1976).

Eine Reihe herausragender Gelehrter kam in dieser Zeit mit der Individualpsychologie in Kontakt. Namentlich zu nennen sind *Allers* (vgl. 1929) und *Schwarz* (vgl. 1923), die Pioniere einer anthropologischen Psychotherapie, ferner *Frankl*, der Begründer der Logotherapie (vgl. *Bornemann*, 1972, S. 23, *Frankl*, 1982, *Titze*, 1982). Sie waren eine Zeitlang, ebenso wie der spätere Begründer der *Wir-Psychologie Künkel* und der bekannte Essayist *Sperber*, Mitglieder der Individualpsychologischen Vereinigung. Von *Adler* beeinflußt wurden schließlich der Mitbegründer der *Existenzanalyse R. May*, der Pionier der *Sozialpsychiatrie Bierer*, der Begründer der *Rational-Emotiven Therapie Ellis* (vgl. 1974), und nicht zuletzt die späteren Protagonisten der *Humanistischen Psychologie* (vgl. 2.4). Gewisse Beziehungen bestanden von Anfang an auch zu führenden Vertretern der *Gestaltpsychologie (Goldstein*, [vgl. 1959ı, *Katz*, [vgl. 1930ı, *Koffka*, *Lewin [vgl. Ansbacher*, 1980, S. 730ı und *Wertheimer*). Zwei bekannte Gestalttheoretiker, nämlich *Weigl* (vgl. 1926) und *Metzger* (der Herausgeber der Taschenbuchausgabe von *Adlers* Werken), waren sogar aktive Mitglieder der individualpsychologischen Vereinigung.

Einen Wendepunkt in der Geschichte der individualpsychologischen Bewegung brachte die Übersiedlung *Adlers* in die Vereinigten Staaten mit sich. Dort entstand in New York ein großes Institut mit angeschlossener Poliklinik, das über Jahrzehnte hinweg von *Alexandra* und *Kurt Adler* geleitet wurde. Größte Verdienste um die Verbreitung der Individualpsychologie in Amerika erwarb sich *Dreikurs*, der vor Beginn des 2. Weltkriegs nach Chicago übersiedelte und von dort aus eine Fülle von Aktivitäten entwickelte, aus der die vielzitierte „Renaissance der Individualpsychologie" in der Nachkriegszeit resultierte (vgl. *Terner, Pew*, 1978). *Dreikurs* gilt heute als der eigentliche Exponent der angewandten Individualpsychologie.

2.4 *Beziehungen des Verfahrens und seiner Begründer zur „humanistischen Psychologie"*

Ansbacher (1971) weist darauf hin, daß die Theorienbildung der Hauptinitiatoren der Humanistischen Psychologie eine enge Affinität zur *Adler*schen Lehre aufweist. In der Tat stellte *Maslow* (1970) fest, daß *Adler* für ihn „mehr und mehr im Lauf der Jahre korrekt wird" (S. 13). Unter den diversen Gruppen, die der Sammelbewegung der Humanistischen Psychologie angehören, nennt *Maslow* (1973) die Adlerianer. Und unter den fünf Zeitschriften, in denen diese Gruppen am meisten publizieren, erwähnt er an erster Stelle das „Journal of Individual Psychology".

Der zentrale Begriff in der Psychologie *Maslows* ist die „Selbstaktualisierung". Er wurde von *Goldstein* (1940) geprägt. Es handelt sich dabei um eine Art von Motivation, für die *Adler* die Termini „Streben", „Tendenz" und „Selbstbestimmung" verwendet. Es ist dies ein finales Motivationskonzept, das in einem klaren Gegensatz zum deterministischen Denken der älteren Triebpsychologien steht. Entsprechendes findet sich in den Schriften sämtlicher Vertreter der Humanistischen Psychologie, die ausdrücklich den Begriff der Zielgerichtetheit thematisieren (vgl. u.a. *Massarik, Bühler,* 1969). *Ansbacher* und *Ansbacher* (1972, S. 132) weisen darauf hin, daß „Rudimente der *Maslow*schen Theorie (von hierarchisch geordneten Elementarbedürfnissen) bei *Adler* gefunden werden können", wobei das Bedürfnis nach Liebe und Zuwendung seine Entsprechung im *Adler*schen Begriff des „Gemeinschaftsgefühls" findet, das Bedürfnis nach Selbstachtung und Prestige im „Streben nach Überlegenheit" und schließlich das schon erwähnte Bedürfnis nach Selbstaktualisierung im „Ideal der Vollkommenheit" (vgl. auch *Titze,* 1978b). Auf Affinitäten gegenüber *Goldsteins* Theorienbildung macht u.a. *Alexandra Adler* (1959) aufmerksam.

Titze (1978b) weist ferner auf Übereinstimmungen in den Lehren von *Perls* und *Adler* hin. Beide Autoren gehen von der *Ganzheitsidee* aus, thematisieren den Begriff des *Schöpferischen* (vgl. *E. u. M. Polster,* 1975) und lehnen das kausal-deterministische Motivationsmodell der objektivistischen Psychologie ab.

Übereinstimmungen bestehen darüberhinaus mit der Persönlichkeitstheorie von *Rogers,* der die Konzeption einer „objektiven und absoluten Realität" ebenso wie *Adler* ablehnt und davon ausgeht, daß der Mensch — im Akte der Selbstbestimmung — ein „inneres Bezugs-

system" schafft, das seine subjektive Welterfahrung widerspiegelt und seine private Realität konstituiert (vgl. *Rogers*, 1973, *Titze*, 1978).

Auf weitere, enge Affinitäten, insbesondere zur *Kognitiven Verhaltenstherapie (vgl. Hoffmann, Weiß*, 1983), Logotherapie (vgl. *Titze*, 1982), *Rational-Emotiven Therapie* (vgl. *Ellis*, 1973, 1977) zum *Psychodrama* (vgl. *Essen*, 1980), der zur *Transaktionsanalyse* (vgl. *Corsini*, 1977, S. 410ff, *Holland*, 1972, S. 354) und schließlich zur *vertikalen Verhaltenstherapie* (vgl. *Grawe*, 1982) kann hier nur hingewiesen werden.

2.5 Gegenwärtige Situation (Verbreitung, Organisation, Form und Struktur der Ausbildung)

Innerhalb der *Internationalen Vereinigung für Individualpsychologie* (IVIP) bestehen gegenwärtig 13 nationale Gesellschaften in Amerika, Europa und Israel, die eine Reihe von Ausbildungsinstituten betreiben, insgesamt 5 Fachzeitschriften herausgeben und eine Vielzahl von therapeutischen, sozialmedizinischen und (heil-pädagogischen Aktivitäten entfalten. Regelmäßig werden nationale Kongresse durchgeführt (in Deutschland die jährlich stattfindenden *Delmenhorster Fortbildungstage*). Unter der Schirmherrschaft der IVIP werden jedes Jahr an verschiedenen Orten der Welt in den Sommermonaten Kurse in Individualpsychologie durchgeführt (*International Committee for Adlerian Summer Schools und Institutes*, ICASSI). Seit 1922 findet alle drei Jahre ein Internationaler Kongreß statt.

In der Bundesrepublik Deutschland besteht seit 1966 die *Deutsche Gesellschaft für Individualpsychologie* (DGIP), die zusammen mit den Gesellschaften der Schweiz und Österreichs die *Zeitschrift für Individualpsychologie* (Reinhardt Verlag, München) herausgibt. Die DGIP betreibt in Aachen, Delmenhorst, Düsseldorf und München „Alfred-Adler-Institute", an denen Ärzte und Psychologen zu Psychotherapeuten und Angehörige von pädagogischen und sozialen Berufen zu individualpsychologischen Beratern weitergebildet werden. Die Weiterbildung kann nach Abschluß eines Hochschulstudiums, einer mindestens dreijährigen Berufsbewährung in einem mindestens achtsemestrigen berufsbegleitenden Studiengang durchgeführt werden. Zusätzlich muß eine Lehranalyse absolviert werden, an die sich eine Kontrollanalyse anschließt. (Auskünfte erteilt die *Bundesgeschäftsstelle der DGIP*, Ruffinistr. 10, München 19).

3. Menschenbild

Das Menschenbild der Individualpsychologie leitet sich von einer grundlegenden *ganzheitlichen* („holistischen") und *dynamisch-zielorientierten* („finalen") Sichtweise her. Es wird daher weniger von statischen Seinsaspekten bestimmt als von solchen der *Bewegung* bzw. *Fortentwicklung* im Rahmen von übergreifenden, verbindenden Strukturen.

3.1 Grundzüge des Menschenbildes

In Anlehnung an *Ansbacher* (1977) können die folgenden *Thesen* zum Menschenbild der Individualpsychologie aufgestellt werden:

3.1.1 Der Mensch ist ein einheitlicher Organismus

Ausgehend von den zentralen Prämissen der Ganzheitstheorie, unter besonderer Bezugnahme auf *Smuts* (1926), weist die Individualpsychologie den Menschen als eine *organismische Einheit* aus. Das Modell atomistischer und elementaristischer Psychologien, das den Menschen als einen aus distinkten Bestandteilen zusammengesetzten „Mechanismus" darstellt, wird demgegenüber scharf abgelehnt.

Dieses Einheitskonzept ist, wie *Adler* (1912) feststellt, nicht nur auf konstitutionelle, sondern auch lebensgeschichtliche Sachverhalte zu beziehen. Danach dürfen die vitalen Äußerungen eines Individuums niemals losgelöst aus dem ganzheitlichen Zusammenhang seiner Biographie, die ihrerseits eine Funktion des spezifischen *Lebensstils* dieses Individuums ist, untersucht bzw. interpretiert werden. Vielmehr verweist jede einzelne Äußerung, mag es sich dabei um einzelne Handlungen, Verbalisierungen oder morphologische Sachverhalte handeln, auf das Ganze des Lebensstils, ist gleichsam eine Art „Hologramm", in dem dieses Ganze präsent ist.

3.1.2 Alles Leben ist Bewegung und auf Wachstum und Entfaltung ausgerichtet

Ein lebender Organismus ist beständig in Bewegung. Er atmet, sein Herzmuskel arbeitet, Blut zirkuliert in den Gefäßen und die Verdauungsorgane verarbeiten die eingenommene Nahrung. Diese permanente Lebensdynamik läßt sich keineswegs nur durch kausale Antriebskräfte erklären. (Diese mögen bei einem bloßen Mechanismus wirksam werden, der seine Dynamik insofern *von außen* herleitet, als er auf bestimmte Bewegungspotentiale, etwa die Wasserkraft, *reagiert*.) Ein lebender Organismus agiert jedoch aus sich heraus, seine

Bewegungen sind einem grundsätzlichen *Um-zu-Motiv* unterworfen, das auf die *Überwindung* von Mängellagen, Unvollkommenheiten und Disharmonien ausgerichtet ist. Wenn etwa Krankheitserreger in einen Bereich des Organismus eingedrungen sind, wird dieser durch eine vermehrte Blutzufuhr in eben diesen Bereich zu erreichen versuchen, daß die im Blut enthaltenen weißen Blutkörperchen die Erreger abtöten. Und wenn der Organismus der Gefahr der Unterkühlung ausgesetzt ist, werden die peripheren Gefäße so weit konstringiert, daß weniger Blut (und damit Wärme) in die Außenbereiche gelangt. Der eigentliche Zweck dieser *biologischen Finalität* (vgl. *Titze*, 1979, *Wexberg*, 1975) ist die Sicherung des (Über-)Lebens. Diese „Weisheit des Körpers" (vgl. *Cannon*, 1932) läßt sich dem individualpsychologischen Verständnis zufolge niemals auf den Determinismus kausaler *Weil-Motive* erklären: Denn die Dynamik des Lebendigen resultiert nicht aus umschriebenen energetischen Potentialen; sie ist ein genuiner, wesensmäßiger Bestandteil des Lebens an sich, das von Anfang an ein Prozeß zielgerichteten Strebens ist.

3.1.3 Der Mensch ist schöpferisch und besitzt die Fähigkeit zur Selbstbestimmung

Der Mensch nimmt grundsätzlich *aktiv* Stellung zu den objektiven Gegebenheiten seiner Umwelt. Er interpretiert in einer selektiven Weise jenes ihm *passiv vorgegebene* Material, das diese Umwelt konstituiert. Er selbst ist es, der die endgültige Entscheidung trifft, ob und welche Reizkonfigurationen „Aufforderungscharakter" (*Lewin*) für ihn besitzen. In einer schöpferischen Weise wird der Mensch mithin zu einem „Gestalter" (*Stern*) einer je eigenen *subjektiven* Welt, indem er sich gewissen Aspekten der sein *Wahrnehmungsfeld* konstitutierenden „objektiven Gegebenheiten" (der sog. Außenwelt) interessiert bzw. „intentional" (*Brentano, Husserl*) zuwendet.

Diesen Akten selektiver Zuwendung und subjektiver Gestaltung der Welt liegt die genuine Fähigkeit des Menschen zugrunde, sich eigene *Meinungen* zu bilden und diese im Rahmen von kognitiven Strukturen zu organisieren, die fortan das Bezugssystem einer planvollen, zielorientierten Aktivität des Handelns bereitstellen (vgl. 4.1.3). Diesem Modell einer bedingten Selbstbestimmung, von dem übrigens auch *Miller, Galanter und Pribram* (1973) ausgehen, widersprechen jene Erklärungsversuche, die den Menschen allein durch Anlage und Umwelteinflüsse determiniert sehen.

Somit ... „beruht die Einmaligkeit des Individuums letztendlich auf dessen Kreativität. Die objektiven biologischen und sozialen Bedingungen, mögen sie in der Vergangen-

heit oder der Gegenwart aktualisiert worden sein, stellen lediglich Wahrscheinlichkeiten, Möglichkeiten und Begrenzungen bereit. Sie vermögen sich jedoch nicht in unmittelbarer Weise als kausale Faktoren auf das Individuum auszuwirken. Die alleinigen Beweggründe menschlichen Handelns sind nämlich die vom Individuum jeweils selbstbestimmten Ziele und Absichten" (*Ansbacher*, 1977, S. 52).

3.1.4 Die Lebensdynamik entspricht einem grundsätzlichen Streben nach Überwindung von Mangellagen

Die Geburtsstunde der Individualpsychologie fällt mit dem Datum der historisch bedeutsamen Auseinandersetzung *Adlers* mit *Freuds* mechanistischem Motivationsmodell zusammen (vgl. *Nunberg, Federn*, 1977). In seinem Grundsatzreferat (vgl. *Adler*, 1973) wies *Adler* nach, daß die psychoanalytischen Analogieschlüsse zu den Konzeptionen der Physik und der Chemie insofern unkorrekt sind, als die psychische Dynamik durchaus nicht auf hypothetische Konstrukte wie „energetische Prinzipien", „Stauungsvorgänge", „erhöhten Druck" u. dgl. mehr in kausalgenetischer Weise zurückzuführen sei. Vielmehr lasse sich das gesamte Motivationsproblem allein aus der Untersuchung der „Anpassung und Einstellung (des Individuums) gegen die Außenwelt" (*Adler* 1973, S. 104) extrapolieren.

Das Grundmotiv menschlichen Handelns im allgemeinen und der „irritierten Psyche" des Neurotikers im besonderen entspricht demnach in erster Linie einem Streben auf das *Ziel vollkommener Sicherheit* hin. Ausgehend von einem Ist-Zustand erlebter Unsicherheit, wie es im allfälligen *Minderwertigkeitsgefühl* des Menschen seinen Ausdruck findet, bewegt sich dieser kompensatorisch auf den fiktiven Sollzustand einer idealen Überlegenheit zu. (Dies entspricht in formaler Hinsicht einer vertikalen Bewegungsrichtung von „unten nach oben", die wiederum gleichzusetzen ist mit dem Streben nach Macht, Geltung usw.; vgl. *Adler*, 1979, S. 157).

Im späteren Verlauf individualpsychologischer Theorienbildung gelangte Adler zu der Erkenntnis, daß das *Vollkommenheitsstreben* insofern ein integratives Konzept darstellt, als es nicht allein zur Kennzeichnung der Bewegungsrichtung *individueller* Lebensdynamik heranzuziehen ist, sondern darüber hinaus ganz allgemein ein universales Erklärungsprinzip der Evolution und damit auch der Phylogenese des Menschengeschlechtes darstellt.

Das Motivationsmodell der Individualpsychologie beruht somit auf einer *bipolaren* bzw. „dialektischen" Konzeption, die sich grundlegend vom *unipolaren* Triebbegriff der mechanistischen Psychologie unterscheidet. Danach wird die Dynamik menschlichen Lebens nicht allein durch Wirkkräfte „bestimmt", deren Ausgangsort in der Vergangenheit der Lebensgeschichte liegt. Sie entsteht vielmehr in der Folge eben

jener kompensatorischer Tendenzen, die aus dem Spannungsverhältnis erwachsen, das zwischen den Minderwertigkeitsgefühlen des Menschen und seinem Endziel vollkommener Überlegenheit besteht:

„Die Zukunft ist untrennbar verbunden mit unserem Streben auf ein Ziel hin, während die Vergangenheit eben jenen Zustand von Minderwertigkeit und Unvollkommenheit repräsentiert, den wir zu überwinden trachten ... Deshalb sollte es uns nicht wundern, wenn wir im Zusammenhang mit einem Minderwertigkeitskomplex einen mehr oder weniger versteckten Überlegenheitskomplex entdecken. Sobald wir uns dieser Sichtweise befleißigen, wird sich das vordergründige Paradoxon zweier gegensätzlicher Tendenzen bei ein und demselben Individuum von selbst auflösen. Das Streben nach Überlegenheit und das Gefühl der Unterlegenheit sind nämlich naturgemäß komplementär. Wir würden nicht nach Überlegenheit und Erfolg streben, wenn wir unseren gegenwärtigen Zustand nicht in einer gewissen Weise als mangelhaft erleben würden. Das Streben nach Überlegenheit hört nie auf zu bestehen. Es konstituiert in der Tat den Geist bzw. die Psyche des Individuums" (*Adler*, 1978, S. 41f, zit. nach *Ansbacher*, 1977, S. 53).

In nachfolgender Tabelle werden die einzelnen Implikationen veranschaulicht, die sich aus dieser dialektischen Konzeption ergeben:

Tab. 1: Gegensatzpaare, die der Lebensdynamik zugrunde liegen

„Minus-Situation"	Plus-Situation"
Unlustgefühle	Lust
Gefühl der Erniedrigung	Sieg
Gefühl der Unwissenheit, Unorientiertheit	Wissen
Entbehrungsgefühl	Reichtum
Qualifizierte Schwächegefühle der Sinnesorgane und Sprachwerkzeuge	Kunst
Gefühl der Unreinlichkeit	Gefühl der Reinheit
Gefühl der Kränklichkeit, Todesgefahr	Leben
Gefühl des Herabgesetztseins	Ansehen
Gefühl des Untenseins	Gefühl des Obenseins
Gefühl der Weiblichkeit	Gefühl der Männlichkeit[8)]
Gefühl der Unsicherheit	Gefühl des Obenseins
Infantile Minderwertigkeitsgefühle	Persönlichkeitsideal (der Vollkommenheit)

Ansbacher (1977, S. 54) weist darauf hin, daß *Adler* eine Reihe von weiteren Begriffen dem Pol der „Plus-Situation" zugeordnet hat. Dazu gehören Termini wie „Macht", „Erfolg", „Vollkommenheit", „Überwindung" und insbesondere „Überlegenheit".

Adler geht ausdrücklich davon aus, daß weder die Minderwertigkeitsgefühle noch das Streben nach Überlegenheit bzw. Vollkommenheit an und für sich „abnormal" sind: Beides sind Voraussetzungen für

jede Art von Fortschritt und Evolution, d. h. der kulturellen Entwicklung (vgl. *Adler*, 1979b, S. 48ff). Pathologische Relevanz kommt diesen Gefühlen erst dann zu, wenn sie einer Lebensdynamik zugrunde liegen, die auf die mehr oder weniger ausschließliche Sicherung der eigenen („ichhaften") Existenz bezogen ist.

3.1.5 Die Lebensdynamik wird durch eine Vielzahl subjektiver Ziele bestimmt

Während das *Endziel vollkommener Überlegenheit* ein im irdischen Leben nicht zu realisierendes Ideal, mithin tatsächlich eine „Fiktion" (vgl. *Adler*, 1964, S. 62, *Titze*, 1979, S. 43ff) bleibt, stellen die diversen Lebensziele des Menschen prospektive Fixpunkte dar, die für das Individuum potentiell realisierbar sind und auf die hin es sich in seinem konkreten Lebensvollzug, seinem Handeln, bewegt.

Diese potentiell realisierbaren Fernziele stellen gleichsam die Pforten dar, die den Zugang zum fiktiven Paradies der vollkommenen Sicherheit bzw. Überlegenheit auftun. Sie sind gleichsam die letzte „Etappe" auf dem Wege zu einem endgültigen Ziel, das dann zwar nach wie vor unerreichbar bliebe, aber dennoch so nahe wie niemals zuvor wäre. Im folgenden sind die vielleicht häufigsten Lebensziele angeführt:

1. Optimale Macht über die Mitmenschen

Menschen, die dieses Lebensziel verfolgen, gehen davon aus, erst nach Erringung einer Position *wirklich* gesichert zu sein, die höher ist als die ihrer Mitmenschen. Jede andere Position auf der Skala der Macht wird als verunsichernd und beängstigend erlebt.

2. Optimale Verfügbarkeit über Besitztümer

Menschen, die nach großem Reichtum streben, folgen im allgemeinen der Devise „Geld regiert die Welt". Sie gehen davon aus, daß materielle Besitztümer „Sicherheiten" darstellen, die den Zugang zu allen möglichen Gütern dieser Welt eröffnen, und zwar ausdrücklich auch zu solchen, die — wie etwa Freundschaft, Liebe, Prestige und Zuneigung — nicht materieller Art sind.

Anders die Menschen, die nach geistigen und ideellen Werten streben: Sie folgen der Devise, daß „Wissen Macht ist" und trachten danach, sich schulisch wie außerschulisch weiterzubilden und als beweisbare Prämie solcher Anstrengung möglichst viele Diplome, Titel und andere Ehrenzeichen zu erwerben.

3. Optimales soziales Prestige

Menschen, die ihr Leben lang nach sozialer Anerkennung, Beliebtheit bzw. nach sozialem Prestige streben, folgen der Leitidee, die Existenz dadurch optimal zu sichern, daß möglichst viele Kontakte zu solchen Mitmenschen hergestellt werden, die über sozial bedeutungsvolle Attribute verfügen. Menschen hingegen, die kein oder nur geringes soziales Prestige besitzen, werden — ganz folgerichtig — gemieden und abgelehnt, entsprechend der Devise: „Sage mir, mit wem du umgehst und ich sage dir, wer du bist".

4. Optimales moralisches Prestige

Schon in seinen frühen Kindheitstagen erfährt der Mensch, daß die Befolgung sozial vorgegebener moralischer und sittlicher Normen von den Bezugspersonen belohnt wird, während die entsprechenden Zuwiderhandlungen mit einer Vielzahl von negativen Sanktionen beantwortet werden, die zu einer mehr oder weniger nachhaltigen existentiellen Verunsicherung führen. Menschen, die sich schon in ihrer Kindheit verstärkt bemüht haben, aufgrund eines besonders „folgsamen" und „braven" Verhaltens das Wohlwollen ihrer Bezugspersonen zu gewinnen, werden in der Regel auch als Erwachsene dem Ziele folgen, einen tadellosen Ruf zu besitzen und in jeder Hinsicht integer und vorbildlich zu sein.

5. Autarke Selbstverwirklichung

Wer eine ausgeprägt negative Meinung von seinen Mitmenschen hat, wird im allgemeinen dazu neigen, das sichernde Endziel im Rahmen eines autarken Lebensvollzugs zu verwirklichen. Es wird in diesem Zusammenhang die Tendenz bestehen, den Mitmenschen, da sie die eigentliche Quelle existentieller Verunsicherung bilden, aus dem Wege zu gehen und sich einen sicheren Privatbereich, eine „Intimsphäre" zu schaffen. Denn nur in diesem Rahmen kann sich der betreffende Mensch jener Art von Aktivitäten zuwenden, zu deren erfolgreicher Bewältigung Ruhe und Abgeschiedenheit vorausgesetzt sind. (Dies trifft insbesondere auf Dichter, Privatgelehrte, Maler, Komponisten und „Tüftler" zu).

Es darf nicht unerwähnt bleiben, daß dieses Lebensziel bei den meisten „psychopathologisch relevanten Fällen" besteht, bei Menschen also, die sich so weit aus dem Geltungsbereich der sozialen Welt zurückgezogen haben, daß sie, wie etwa der Psychotiker, buchstäblich „aus dem Rahmen fallen" (vgl. dazu *Shulman*, 1980).

Während die soeben angeführten *Lebensziele* auf den Bereich einer fernen Zukunft bezogen sind, von der sich das Individuum jeweils nur eine ganz vage Vorstellung machen kann, sind die Zielvorstellungen, an denen es sich in seinem aktuellen Handeln orientiert, in einen absehbaren Zeitraum innerhalb der Zukunft projiziert. Sie sind mithin kurz- bzw. mittelfristig realisierbar.

3.1.6 Der Mensch liegt inmitten eines sozialen Umfeldes

Der holistischen Sichtweise der Individualpsychologie zufolge ist der Mensch nicht allein als ein ganzheitlicher Organismus aufzufassen, sondern auch als ein Bestandteil vielfältiger sozialer Organisationen, die seine Lebenswelt konstituieren. Das sind im einzelnen die Gemeinschaftsformen der Familie, von Vereinen und Clubs, des Berufes, von kirchlichen und kommunalen Gemeinden, Landsmannschaften, Nationen und schließlich der Menschheit als Ganzes. „Der Mensch als organisiertes (personales) System ist mithin Teil größerer (sozialer) Systeme" (*Ansbacher*, 1977, S. 55).

Adler wurde nicht müde, darauf hinzuweisen, daß der Mensch nur in der Gemeinschaft kooperierender Mitmenschen zum Menschen wer-

den kann, da er — im Gegensatz zu fast allen Tierarten — eine „physiologische Frühgeburt" ist und lange Jahre intensiver Betreuung durch seine Sozialpartner bedarf:

„Wir müssen das Leben eines Individuums nicht nur als Einheit betrachten, sondern auch im Zusammenhang mit seinen sozialen Beziehungen. So sind zum Beispiel Kinder, wenn sie geboren werden, schwach, und ihre Schwäche macht es notwendig, daß andere Personen sich um sie kümmern ... Das Kind hat ganz enge Wechselbeziehungen zu seiner Mutter und der Familie, die niemals verstanden werden können, wenn wir unsere Analyse auf die Peripherie des psychischen Seins des Kindes beschränken würden. Die Individualität des Kindes geht über seine physische Individualität hinaus; sie schließt eine ganze Stellung sozialer Beziehungen mit ein" (*Adler*, 1978, S. 30, zit. nach *Ansbacher, Ansbacher*, 1972, S. 135).

Den konkreten Realitätsgehalt seines Existenz erlebt der Mensch also innerhalb der Gemeinschaft. Ihre kulturellen Errungenschaften, insbesondere das „Wunderwerk der Sprache" (*Adler*, 1966, S. 40), bilden den Nährboden für jegliche Art individueller Kreativität und vernünftigen Denkens und Handelns.

3.1.7 Die grundlegenden Lebensprobleme des Menschen sind soziale Probleme

Die Individualpsychologie lehnt das Ansinnen der objektivistischen Psychologie mit Nachdruck ab, die existentiellen Probleme des Menschen auf der (biologischen) Ebene der Triebbefriedigung analysieren zu können. Die Bewegung menschlichen Lebens kann nämlich grundsätzlich nur in einer bedingten Weise auf die Wirksamkeit von Trieben, „Instinktresiduen" oder biologischen Bedürfnissen zurückgeführt werden: Nicht der Trieb hat den Menschen, wie *Adler* es formulierte, sondern der Mensch selbst ist es, der ihn (zu seiner Disposition) hat bzw. sich seiner bedient. (Diesen Gedanken hat *Frankl*, vgl. den Beitrag in diesem Buch, weiterentwickelt.) Vornehmlich sind es die spezifischen Bedingungen der Kultur, die das dynamische Potential menschlicher Triebe regulieren, es umwandeln und gestalten. Daneben trifft der Mensch aber auch selbst die Entscheidung, in welcher Weise und in welchem Ausmaß er ein vorhandenes Triebpotential „gebraucht". Und er tut dies stets in Entsprechung zu den in seinen persönlichen *Lebensstil* integrierten Einstellungen, Wertvorstellungen, Meinungen und Idealen (vgl. Kap. 4).

Ansbacher (vgl. 1977, S. 55) erläutert am Beispiel des *Hungers* den in Frage stehenden Sachverhalt: Es gibt eine unbegrenzte Zahl von Möglichkeiten, wie Angehörige verschiedenartiger Kulturen mit diesem elementaren Bedürfnis umgehen können. Denken wir zum Beispiel an die Vielzahl von „Eßgewohnheiten", „Geschmäckern" und „Tischsitten"; ferner an religiös vorgeschriebene Fastenzeiten und Tabuierungen (etwa von Schweinefleisch). Daneben begeben sich Menschen gelegentlich in einen „Hungerstreik",

unterziehen sich Abmagerungskuren oder verzichten „aus Gesundheitsgründen" auf bestimmte wohlschmeckende Speisen. Kurzum: die Befriedigung des „Eßtriebes" wird nach Maßgabe sozial vorgegebener oder individuell gesetzter Werte reguliert.

In entsprechender Weise läßt sich nach individualpsychologischem Verständnis das *Problem der Sexualität* auflösen. Die rein physiologische Komponente der Sexualität läßt sich sicher auf die Wirksamkeit von hormonalen Faktoren, Körperreizen infolge aufgestauter Sekrete u. dgl. mehr reduzieren. Daß die Sexualität beim Erwachsenen den reinen Akt einer Abreaktion physiologisch beschreibbarer Drangzustände transzendiert, wird aus der Tatsache ersichtlich, daß die sexuelle Aktivität des Menschen in der Regel[9] auf einen Partner abzielt. Selbst im Rahmen des ipsatorischen Aktes der Masturbation ist beim Erwachsenen meist ein anderer Mensch phantasiemäßig miteinbezogen. Seine sexuelle „Anziehungskraft" bewirkt einen Gutteil der leib-seelischen Erregung, die ohne die entsprechende Gedankentätigkeit *so* nicht zustande gekommen wäre. Der physiologische Trieb wird also auch in diesem Zusammenhang transformiert, in die „höhere Ebene" jener echt menschlichen Aktivität integriert, auf der die kooperativen Akte zwischenmenschlicher Beziehung zum Tragen kommen. Dies dürfte der eigentliche Grund sein, weshalb gerade das *Alltagsverständnis* in diesem Zusammenhang das Wort „Liebe" verwendet (und damit einen Sachverhalt thematisiert, der fraglos über den sich selbst genügenden Akt bloßer Triebbefriedigung hinausreicht). Wo eben diese Voraussetzung nicht erfüllt ist, wo der Bezug zum Mitmenschen also nicht hergestellt wird, liegt nach individualpsychologischem Verständnis schon ein psychopathologisch relevanter Zustand vor:

„Die mit dem Geschlecht zusammenhängenden Gefühle treten immer auf, wenn sich ein Mensch seinem geschlechtlichen Ziel zu nähern wünscht ... Der Mangel an diesen Gefühlen — wie bei Impotenz, vorzeitiger Ejakulation, Perversion und Frigidität — beruht auf der Weigerung (sozial unangemessene) Aufgaben und Zielsetzungen auszuschalten" (vgl. *Adler*, 1979b, S. 35).

In entsprechender Weise ist das Problem der sexuellen Anziehungskraft als eine Funktion von sozialem Interesse zu verstehen.

Auch das Problem des *Berufslebens* erweist sich als ein genuin soziales Problem. Jede berufliche Arbeit beruht nämlich auf der Faktizität von Arbeitsteilung und Kooperation. Der Mensch erlernt seinen Beruf durch die Anleitung seiner Mitmenschen, die ihre eigenen Erfahrungen aus dem Fundus jenes Wissens schöpfen, das im wahrsten Sinne des Wortes „Gemeingut" ist, insofern es aus Anstrengungen hervorging, die andere, zumeist anonyme Menschen in der Vergangenheit zum Nutzen der ganzen Menschheit unternommen haben.

„Der Fortbestand des menschlichen Lebens wäre nicht möglich, wenn jeder Einzelne für sich allein dem Boden seinen Lebensunterhalt abringen wollte, ohne die Gemeinschaft mit anderen und ohne die Ergebnisse gemeinschaftlicher Arbeit in der Vergangenheit" (*Adler*, 1979b, S. 188).

Ausdrücklich weist *Adler* in diesem Zusammenhang darauf hin, daß eine enge Affinität zwischen einer befriedigenden beruflichen Arbeit und psychischer Gesundheit besteht (vgl. *Adler*, 1979b, S. 196f).

Die Lebensprobleme von Sexualität und Liebe einerseits und beruflicher Arbeit andererseits sind Teilaspekte bzw. Funktionen des von *Adler* so genannten Gemeinschaftsgefühls. Dieser Begriff ist im folgenden näher zu erläutern.

3.1.8 Der Begriff des „Gemeinschaftsgefühls" umfaßt verschiedene psychologische Prozesse

Das Konzept des Gemeinschaftsgefühls (soziales Interesse) ist auf der Wirksamkeit folgender psychologischer Prozesse aufgebaut (vgl. *Ansbacher*, 1977, S. 57f.):

1. Eine vorhandene *Disposition*, der die Bedeutung einer angeborenen Kapazität bzw. eines Substrats zukommt und die dem von *Adler* (1973) beschriebenen „Zärtlichkeitsbedürfnis" entspricht.

2. Die im Verlauf der Sozialisation entwickelte bzw. eingeübte *Fähigkeit* zur sozialen Kooperation bzw. zum Erbringen allgemein nützlicher Beiträge zum Wohlergehen der Gemeinschaft. Dies wiederum hat die Entwicklung verschiedener *kognitiver* Kapazitäten zur Voraussetzung, nämlich die Fähigkeit zur Identifikation („Rollenübernahme") (sprachlicher) Kommunikation, Einfühlung (Empathie) und Vernunft („Common sense").

3. Auf der Grundlage der entwickelten sozialen Disposition werden verschiedene *sekundäre dynamische Kapazitäten* wirksam. Es handelt sich dabei zunächst um die Fähigkeit, das Leben richtig zu beurteilen, sich in der Welt heimisch zu fühlen, sich mit der Gemeinschaft zu identifizieren und dabei ein Gefühl von Zugehörigkeit zu entwickeln (vgl. *Ansbacher*, 1968, S. 141ff). In motivationaler Hinsicht impliziert dies ein grundsätzliches Interesse an den Mitmenschen und der Gemeinschaft *sub specie aeternitatis*, das Bestreben, einen Beitrag zur Entwicklung einer idealen Gemeinschaft zu leisten und schließlich die („mutige") Bereitschaft, antisozialen und inhumanen Tendenzen in der Gesellschaft entgegenzuwirken.

3.1.9 Das Konzept des „Gemeinschaftsgefühls" bezieht eine Vielzahl von „Objekten" mit ein

1. Die räumliche Dimension

Adler beschreibt, wie sich dem Kinde, durch die Vermittlung der Mutter, im Laufe seiner Entwicklung eine immer größer werdende Sphäre von Sozialpartnern auftut:

„Nachdem es (der Mutter) gelungen ist, eine feste Bindung zwischen sich und dem Kind zu knüpfen, ist ihre nächste Aufgabe, seine Anteilnahme auf den Vater hin auszuweiten ... Sie muß das Kind auch auf das Gemeinschaftsleben der Umgebung hinwei-

sen, auf seine Geschwister, seine Freunde, Verwandte und die Mitmenschen im allgemeinen ... Sie muß dem Kind die erste Erfahrung eines vertrauenswürdigen Mitgeschöpfes vermitteln; und sie muß dann bereit und in der Lage sein, dieses Vertrauen und diese Freundschaft auszuweiten, bis sie unsere gesamte menschliche Gesellschaft einschließen" (*Adler*, 1979b, S. 105).

Darüber hinaus ist das Gemeinschaftsgefühl Ausdruck einer allgemeinen *Weltzugewandtheit*, d. h. auf eine Vielzahl von belebten und unbelebten Objekten bezogen, die die Sphäre des eigentlich Humanen transzendieren. Es handelt sich dabei, wie *Adler* (1973, S. 62) feststellt, um alle Arten von Tieren, Pflanzen und Gegenständen, die unsere gemeinsame Welt konstituieren. Gemeinschaftsgefühl bedeutet damit „... die Verwachsenheit mit unserem Leben, die Bejahung, die Versöhntheit mit demselben". Ähnlich äußert sich *Adler* auch in seiner *Menschenkenntnis* (1966, S. 51), wo er darauf hinweist, daß sich das Gemeinschaftsgefühl „schließlich sogar auf den Kosmos überhaupt ausbreiten" kann.

2. Die zeitliche Dimension

Das Konzept des Gemeinschaftsgefühls umfaßt eine grundlegende *motivationale* Komponente, die auf das („finale") Ausgerichtetsein auf das prospektive *Ideal einer vollkommenen Gemeinschaft* bezogen ist. Damit wurde von *Adler* ein grundlegendes dynamisches Konstrukt postuliert, das dem primären Streben nach persönlicher Überlegenheit antithetisch zur Seite gestellt ist. Diese zweite Kategorie eines prosozialen, gemeinschaftsbezogen Strebens ist auf eine Zukunft bezogen, die die Aktualität des Hier und Jetzt transzendiert, so daß ausdrücklich der „Aspekt der Ewigkeit" (*Adler*, 1933) impliziert ist:

„Es handelt sich um ein Streben nach einer Form der Gemeinschaft, wie sie sein könnte, nachdem die Menschheit dereinst das Ziel der Vollkommenheit erreicht hat. Es ist nie die gegenwärtige Gemeinschaft oder Gesellschaft, auch keine politische oder religiöse Gruppierung. Das Ziel, um das es vielmehr geht, ... stellt die ideale Gemeinschaft aller Menschen, die endgültige Vollendung der Evolution dar" (*Adler*, 1933, zit. nach *Ansbacher, Ansbacher*, 1964, S. 34f).

Damit wird, wie *Ansbacher* (1977, S. 59) feststellt, eine deutliche Unterscheidung von Gemeinschaftsgefühl auf der einen und sozial konformem bzw. „angepaßtem" Verhalten auf der anderen Seite vorgenommen. Eine bloße Angepaßtheit an bestehende soziale Normen und Maßstäbe würde nämlich dem von *Adler* ins Auge gefaßten sozialen Fortschritt, der Evolution der Menschheit, die auf eine Überwindung der Unvollkommenheit der bestehenden Gesellschaftssysteme abzielt, zwangsläufig im Wege stehen müssen.

3.1.10 Das Gemeinschaftsgefühl ist ein Kriterium zur Bestimmung von psychischer Gesundheit

In seiner Bedeutung als „trainierbarer kognitiver Prozeß" (*Ansbacher*, 1981, S. 188) stellt das Gemeinschaftsgefühl auch ein Kriterium der *psychischen Gesundheit* dar. *Adler* (vgl. 1928) nimmt in diesem Zusammenhang Bezug auf *Kants* (1800) Lehre vom *Gemeinsinn* („sensus communis"), der definiert wird als

„die Idee eines *gemeinschaftlichen* Sinnes, d.h. eines Beurteilungsvermögens ..., welches in seiner Reflexion auf die Vorstellungsart jedes anderen Gedanken Rücksicht nimmt, um gleichsam an die gesamte Menschenvernunft sein Urteil zu halten" (zit. nach *Ansbacher*, 1965, S. 49).

Die Verfügbarkeit über den Gemeinsinn ist nach *Kant* eine unerläßliche Voraussetzung der psychischen Gesundheit (vgl. auch *Blankenburg*, 1969). Das Fehlen von Gemeinsinn läßt den betreffenden Menschen als „verrückt" erscheinen:

„Das einzige allgemeine Merkmal der Verrücktheit ist der Verlust des Gemeinsinnes (*sensus communis*) und der dagegen eintretende logische Eigensinn (*sensus privatus*)" (*Kant*, 1800, zit. nach *Ansbacher*, 1965, S. 49).

Ganz entsprechend argumentiert *Adler*, wenn er darauf hinweist, daß

„Privatverständnis und -sprache ... Merkmale psychisch gestörter Menschen (sind). Geisteskranke bedienen sich niemals der Sprache des *common sense*, die dem höchsten Grad von Gemeinschaftsgefühl entspricht" (1978, S. 20). Folgerichtig rekrutieren sich ... „aus den Menschen, denen es an Gemeinschaftsgefühl fehlt, ... die Gruppen der Sorgenkinder, der Kriminellen, der Geistesgestörten und der Alkoholiker" (ebenda, S. 19).

3.1.11 Die Operationalisierung des Gemeinschaftsgefühl-Konzeptes

Es entspricht dem pragmatistischen Selbstverständnis der Individualpsychologie, wenn sie mit *Adler* eindeutige Hinweise für eine Operationalisierung des Gemeinschaftsgefühl-Konzeptes anführt. Zu diesem Zwecke werden die grundlegenden Kategorien eines Handelns konstruiert, das entweder auf der *nützlichen* oder aber der *unnützen* „Seite des Lebens" angesiedelt ist. Danach sind die Aktivitäten eines Menschen gemäß des daraus hervorgehenden *Nutzens für die Gemeinschaft* zu evaluieren. Ausgehend von *diesem* Kriterium kann etwa das produktive Handeln eines „introvertierten" bzw. „ungeselligen" Künstlers oder Erfinders von größerem Gemeinschaftsgefühl erfüllt sein als der Lebensvollzug eines ausgesprochen „soziablen" Menschen, der seine vielfältigen gesellschaftlichen Beziehungen vornehmlich zum eigenen Vorteil nutzt, dabei jedoch keinen Beitrag zum Wohle der Gemeinschaft leistet (vgl. *Adler*, 1981, S. 94).

3.1.12 Aktivität — der dritte primäre Faktor menschlichen Verhaltens

Neben dem individuellen Streben nach Überlegenheit und dem Grad an prosozialer Weltzugewandtheit (Gemeinschaftsgefühl) stellt der *Aktivitätsgrad* menschlichen Handelns vom Standpunkt der individualpsychologischen Systematik den „dritten primären Faktor" dar (vgl. *Ansbacher, Ansbacher,* 1972, S. 166).

Formal betrachtet, variiert der Grad von Aktivität, den ein Mensch im Rahmen seiner Vitalbewegungen entwickeln kann, auf einem Kontinuum, das durch die Pole einer *absoluten Passivität* und einer *absoluten Aktivität* begrenzt wird. Es ist aber selbstverständlich, daß diese beiden Pole lediglich idealisierte Markierungspunkte darstellen, an die sich das betreffende Individuum in Wirklichkeit nur *annähern* kann. Es lassen sich auf diese Weise verschiedene *Aktivitätsgrade* unterscheiden, die von der reinen Bewegungslosigkeit der Katatonie bis hin zum unermüdlichen Bewegungsdrang des Manikers reichen. Dazwischen lassen sich vielfältige Formen der Abstufung nachweisen, die durch Begriffe wie „Faulheit", „Bequemlichkeit", „Emsigkeit", „Fleiß" usw. bezeichnet werden können.

Adler (1934) geht davon aus, daß jeder Mensch seinen je spezifischen Aktivitätsgrad in der „frühesten Kindheit mit einer gewissen Willkür erzeugt" (S. 1). Dadurch schafft sich der Mensch seine eigene *psychomotorische Sphäre,* die nach *Adler* (1937) insofern in Analogie zur Physik zu untersuchen ist, als „Aktivität" zu ihrer Entfaltung eines Raumes bedarf:

„Wie wir in der Physik keine Bewegung messen können, ohne sie mit einem Raum in Beziehung zu setzen, so ist für die Individualpsychologie dieser Raum die soziale Organisation der Menschheit und ihre als ewig gedachten Forderungen. Verschiedene Grade und Arten der Aktivität sind auch der Struktur dieses strebenden Individuums immanent" (*Adler,* 1937, zit. nach *Ansbacher, Ansbacher,* 1972, S. 166).

Adler (1935) unterscheidet aufgrund des Grades an prosozialer Weltzugewandtheit und des Grades an Aktivität vier *typologische Kategorien*:

„Der *erste Typus* umfaßt solche Individuen, deren Annäherung an die Realität ... eine mehr oder weniger dominante oder „herrschende" Einstellung offenbart (der „herrschende" Typus) ...;

Ein *zweiter Typus* und sicher der am häufigsten vorkommende — erwartet alles von seien Mitmenschen und lehnt sich an diese an. Ich möchte ihn als den „nehmenden" Typus bezeichnen;

Ein *dritter Typus* neigt dazu, sich durch die Vermeidung von Problemlösungen zu sichern, ... er neigt dazu, Problemen „auszuweichen", um dadurch Niederlagen aus dem Wege zu gehen (der „vermeidende" Typus)" (zit. nach *Ansbacher, Ansbacher,* 1964, S. 68).

Diese Typologie gibt dem Psychologen wichtige differentialdiagnostische Kriterien an die Hand: Der Depressive oder der Angstneurotiker wird danach unschwer dem 3. Typus zuzuordnen sein, während „Delinquenten, Drogenabhängige, Alkoholiker, Tyrannen und Sadisten", deren Lebensvollzug „Aktivität, aber nicht genügend Gemeinschaftsgefül aufweist" (ebenda, S. 69) dem 1. Typus zufallen. Dem 2. Typus entspricht schließlich die große Anzahl der „Verwöhnten", Lebensuntüchtigen, die — bei entsprechender Ausprägung ihres Erscheinungsbildes — etwa der psychopathologischen Kategorie der „hysterischen Neurose" zugeordnet werden können (vgl. 5.3.1).

Darüber hinaus postuliert *Adler* eine *vierte Kategorie* des „sozial nützlichen Menschen" (*Ansbacher*, 1977, S. 62):

> Er bemüht sich mehr oder weniger nachhaltig in einer Weise um die Lösung der Lebensprobleme, die für die anderen von Nutzen ist ... Wir finden (hier) stets einen Aktivitätsgrad vor ..., der zum Wohle der Mitmenschen eingesetzt wird" (*ebenda*, S. 69f).

4. Persönlichkeitstheorie

4.1 Begriff und Verständnis der Person

Der Gegenstand der individualpsychologischen Persönlichkeitstheorie ist die unteilbare Einheit des „In-dividuums". Sie stellt den integrativen Bezugsrahmen für die Vielzahl persönlichkeitsspezifischer Prozesse dar, die man etwa als Kognitionen, Handlungen, Emotionen, (An-)Triebe oder Erwartungshaltungen bezeichnet. Diese Phänomene fundieren ihrerseits auf der (physiologischen) Funktionsfähigkeit des Leibes, der die „objektiven" Voraussetzungen für das subjektive So-Sein der seelisch-geistigen Person beibringt. Man kann dies mit dem Fernsehen vergleichen: Ohne die funktionierende Elektronik des Fernsehapparates könnte die jeweilige Sendung niemals „ihren Ausdruck finden". Dennoch ist letztere kein reines Produkt elektronischer Technologie, sondern gleichsam ein „Gegenstand höherer Ordnung", der vom Zuschauer in eigenständiger Weise im Rahmen der Sphäre seiner seelisch-geistigen Funktionen „erfaßt" werden muß. Entsprechend bedarf auch der Mensch eines funktionsfähigen Leibes zur Entfaltung und Äußerung seines seelisch-geistigen Potentials (vgl. auch den Beitrag von *Frankl*).

4.1.1 Der unbewußte Lebensplan

Von Anbeginn seines Lebens „bewegt" sich der Mensch innerhalb eines Rahmens, der zum einen durch das „Rohmaterial des angeborenen körperlichen Bestandes" (*Adler*) und zum anderen durch die spezi-

fischen Bedingungen der belebten und unbelebten Umwelt gesetzt wird. Zu eben diesem, bloß *passiv vorgegebenen* Rahmenmaterial nimmt das Kind urteilend und bewertend Stellung; es bildet sich in einer schöpferischen Weise seine subjektiven *primären Meinungen*. So schafft sich das Kind ein „individuelles Apperzeptionsschema", das die primären Meinungen über sich selbst (= „Selbstbild"), die Anderen (= „Fremdbild") und die Welt im allgemeinen (= „Weltbild") umfaßt[10] (vgl. *Shulman*, 1973, S. 12f).

Es ist dies eine Art „Programm" — wenn man diesen modernen Begriff verwenden will[11] — für die spezifischen Weisen des zukünftigen Strebens auf die selbstgewählten Lebensziele hin.

4.1.2 Der „Lebensstil" — ein integratives Konzept

In der zweiten Hälfte der zwanziger Jahre entschied sich *Adler*, zur Bestimmung sämtlicher persönlichkeitsspezifischer Aspekte den Begriff des *Lebensstils* einzuführen. Er ist ein Synonym für die Begriffe des „Ich" (vgl. *Adler*, 1931b, S. 4; 1932, S. 84f; 1935, S. 7) und der „Persönlichkeit" (vgl. *Adler*, 1931a, S. 200). Daneben ersetzt der Lebensstilbegriff auch Termini wie „Psyche" oder „Charakter" (vgl. *Allers*, 1929, *Ansbacher*, 1967, *Künkel*, 1975).

Von seiner Konzeption her stellt der Begriff des Lebensstils ein integratives Konstrukt dar, das den Bezugsrahmen für sämtliche Phänomene menschlichen Lebensvollzugs (z.B. Kognitionen, Emotionen, zielgerichtete Strebungen und Handlungsbereitschaften) beibringt. Dabei kommt der kognitiven Komponente des Lebensstils, d.h. den Gedanken, Meinungen, Einstellungen und Einzelplänen eine fundierende Bedeutung für die dynamische Komponente der zielgerichteten Bewegungen des Handelns zu:

„Die ersten vier bis fünf Jahre genügen wohl dem Kinde, sein *eigentlich willkürliches Training* gegenüber seinen Eindrücken zu vervollständigen. Diese Eindrücke fließen ihm aus seiner körperlichen Wertigkeit, auch aus den von außen stammenden Erregungen zu. Nach dieser Zeit beginnt die Assimilierung[12] und Verwertung der Erlebnisse nicht mehr nach reiner Willkür, geschweige denn nach irgendwelchen sagenhaften Gesetzen einer („äußeren", M.T.) Kausalität, sondern zugunsten des fertiggestellten Lebensstils und nach dessen Gesetzen. Das Individuum ist demnach durch seinen Lebensstil determiniert. Diesen Gesetzen gehorchen nunmehr durch das ganze Leben hindurch das Interesse, das Fühlen, die Affekte, das Denken und das Handeln. Die schöpferische Tätigkeit des Lebensstils beginnt ihr Werk. Um diese zu erleichtern, werden Regeln, Prinzipien, Charakterzüge und Weltanschauung gefertigt. Ein ganz bestimmtes Schema der Apperzeption setzt sich durch, Schlußfolgerungen und Aktionen werden in voller Übereinstimmung mit der idealen Endform, die erstrebt wird, eingeleitet. Was sich im Bewußtsein als störungslos und gleichlaufend erweist, wird dort festgehalten. Anderes wird vergessen, entkräftet oder wirkt als unbewußte Schablone, mehr als sonst der Kritik sowie dem Verständnis entzogen" (*Adler*, 1974, S. 12).

4.1.3 Der Lebensstil bestimmt das Handeln

Der Lebensstil stellt insofern auch ein *handlungstheoretisches* Konzept[13] dar, als die zielgerichteten Bewegungen des Menschen, die gemeinhin unter dem Begriff des Handelns subsumiert werden, sich von jenen „Beweg"-Gründen herleiten, die sich aus dem dort integrierten Verbund von Kognitionen herleiten, den *Adler* als das „individuelle Apperzeptionsschema"[14] bezeichnet hat. Ein Mensch handelt demnach, *weil* er von bestimmten Gedanken, Meinungen oder Überzeugungen ausgeht. Gleichzeitig handelt er aber auch, *um* ein bestimmtes Ziel *zu* erreichen. Somit vereinheitlicht das Lebensstilkonzept die vergangene wie die zukünftige Dimension der Lebensgeschichte; es nimmt Bezug auf die Erfahrungszusammenhänge, die sich aus dem Handeln des kleinen Kindes ergaben, das der Mensch einst war, und die er fortan, im Sinne eines „Bewegungsgesetzes" (*Adler*), zum Maßstab seines aktuellen Handelns macht. Hätte ein Mensch nämlich nicht einen Fundus an Vorerfahrungen, aus dem er schöpfen kann, so könnte er sich auch keine Vorstellung von den künftigen Ereignissen machen, auf die er sich in seinem aktuellen Handeln zubewegt. Somit bestätigen die (kurz- und mittelfristigen) *Ziele*, die ein Mensch sich im Sinne von „Handlungsentwürfen" setzt, stets in einer „tendenziösen" (*Adler*) Weise eben die Erfahrungen, die er in den ersten Abschnitten seiner Lebensgeschichte gesammelt hat.

4.1.4 Die beiden Bezugssysteme des Lebensstils

Der Lebensstil stellt ein vereinheitlichendes Konstrukt dar, das sich aus zwei „Bezugssystemen" (*Adler*) zusammensetzt, die sich in genetischer und funktionaler Hinsicht voneinander unterscheiden lassen. Diese Bezugssysteme stehen in einem ähnlichen Verhältnis zueinander, wie dies auf physiologischer Ebene bei den „Antagonisten" des vegetativen Nervensystems oder den beiden „Hemisphären" der Großhirnrinde der Fall ist[15].

„Wir haben ... zwei Bezugssysteme vor uns. Das eine davon ist das normale, das gesellschaftlich-durchschnittliche, das alle Logik, alle Weltvernunft umfaßt, und im Sinne dieses letzteren erwarten wir normale Bewegungen eines Individuums. Daneben gibt es aber private Bezugssysteme, die mit den ersteren nicht mehr zu identifizieren sind" (*Adler*, 1927, 1982a, S. 179).

Da sich diese beiden Bezugssysteme nicht zuletzt in ontogenetischer Hinsicht voneinander unterscheiden lassen, werden sie im folgenden als „primär" bzw. „sekundär" bezeichnet.

4.1.4.1 Das „primäre" Bezugssystem

Adler ging von der Erkenntnis aus, daß das „individuelle Apperzeptionsschema" des Lebensstils eine ganz spezifische, eben genuin „subjektive" bzw. „private" Wirklichkeitsauffasung widerspiegelt. Die kognitiven Voraussetzungen dafür sind jene („primären") Meinungen, Mutmaßungen, Sichtweisen, Fiktionen bzw. „Vor-Urteile", die der Mensch in den Frühphasen seiner Persönlichkeitsentwicklung, den sog. *formativen Jahren*, unter stark eingeschränkten Bedingungen und mit denkbar unzulänglichen Mitteln aufgrund einer eigenen „Stellungnahme" zu der Faktizität seiner spezifischen Umwelt (wozu auch die eigene Körperlichkeit gehört) gebildet hat. Somit liegt diesem Bezugssystem eine besondere Art der *Logik* zugrunde, die *Adler* als „primitiv" bzw. „privat" bezeichnet. Das wohl wichtigste und kennzeichnendste Prinzip dieser *privaten Logik* ist die grundsätzliche Tendenz zu extremen bzw. „verabsolutierenden" Urteilsschlüssen, die zur Evozierung von „starken Gefühlslagen" (vgl. *Titze*, 1980) geeignet sind[16].

Die *Mittel*, derer sich die kognitiven Operationen innerhalb dieses „primären Bezugssystems" bedienen, werden durch ein konkret-bildhaftes Material bereitgestellt. Es handelt sich dabei um jene „anschaulichen", „methaphorischen" Vorstellungsinhalte, die man auch als „analoge Symbole" zu bezeichnen pflegt (vgl. *Watzlawick*, 1977). Sie treten in einer besonders augenscheinlichen Weise im Rahmen der Phantasietätigkeit, d. h. in Träumen und Tagträumen auf.

In motivationaler Hinsicht läßt sich innerhalb dieses Bezugssystems die grundlegende Strebung auf das Endziel *persönlicher Überlegenheit* feststellen. So gesehen wären ein übersteigertes Streben nach persönlicher Sicherheit, ein ausgeprägt egoistisches Verhalten und schließlich ein Desinteresse an den Belangen des Gemeinschaftslebens als Hinweise für ein verstärktes Eingebundensein des betreffenden Menschen in sein primäres Bezugssystem zu werten.

4.1.4.2 Das „sekundäre" Bezugssystem

Daneben unterscheidet *Adler* ein zweites Bezugssystem des Lebensstils. Die logischen Prinzipien, die im Rahmen dieses Bezugssystems wirksam werden, sind *allgemeinverbindlich* („konventionell") und daher *regelhaft*. Es sind dies im Falle unserer Kultur die normativen Setzungen der sog. aristotelischen Logik. Sie sind die formalen Voraussetzungen von *Weltvernunft* und *common sense*. Diese Art von Logik, die dem Kind im Verlauf der Sozialisation (vgl. 4.3) durch seine Sozialpartner vermittelt wird[17], ermöglicht Formen von kognitiven Operationen, die weit weniger „primitiv" sind als diejenigen, die im Rahmen

des „primären Bezugssystems" wirksam werden. Sie ermöglichen eine weitgehende Dezentrierung von der Sphäre unmittelbarer „Ichhaftigkeit", was wiederum eine unerläßliche Voraussetzung für das Zustandekommen sachbezogener und prosozialer Aktivitäten ist. *Common sense* bzw. Vernunft hängen somit „... durchaus mit Gemeinschaftsgefühl zusammen" (*Adler*, 1928, 1982a, S. 225).

Das „sekundäre Bezugssystem" des Lebensstils umfaßt also solche kognitiven Inhalte, über die *allgemeiner sozialer Konsens* besteht, über die sich, mit anderen Worten, Menschen jederzeit und grundsätzlich verständigen können[18]. Diese Inhalte sind folglich die wesentlichen Konstituenten der *sozialen Kommunikation*. Von daher erklärt sich die Tatsache, daß die Kognitionen *dieses* Bezugssystems grundsätzlich „verbalisiert", d.h. mittels „digitaler Symbole" kodifiziert sind (vgl. *Titze*, 1981, *Watzlawick*, 1977). Daraus folgt weiterhin, daß sämtliche kognitiven Operationen, die auf die abstrakten bzw. bildlosen Mittel des „inneren Sprechens" zurückgreifen, sekundären Ursprungs sind — mithin einem anderen Bezugssystem entstammen als die der bewußten Reflexion kaum zugänglichen, „unverstandenen" primären Kognitionen[19]. *Adler* hat auf die Bedeutung, die der Sprache in diesem Zusammenhang zukommt, ausdrücklich hingewiesen:

„Man kann sich von einer Erscheinung, wie sie die Sprache ist, den Begriff der Allgemeingültigkeit nicht wegdenken, was darauf hinweist, daß sie im sozialen Leben des Menschen ihren Ursprung hat ... Logisches Denken ist nur möglich unter der Voraussetzung der Sprache, die uns durch die Möglichkeit der Begriffsbildung erst in die Lage versetzt, Unterscheidungen vorzunehmen und Begriffe zu schaffen, die nicht Privateigentum sind, sondern Gemeingut" (*Adler*, 1966, S. 40f).

Das nach grammatischen, syntaktischen, semantischen und intonativen Regeln strukturierte System der Sprache stellt an sich schon das Paradigma eines regelhaften Verbundes dar, wie es sich uns im Falle des „sekundären Bezugssystems" präsentiert. Regeln entstehen nämlich grundsätzlich auf der Basis von Abstraktion und Generalisierung der unmittelbar gegebenen (konkreten) Realität. Es ist dabei die Fähigkeit zu einer („analytischen") Aufgliederung der „natürlichen Welt" in artifizielle Elemente vorausgesetzt, mithin eben das, was die „höheren" kognitiven Operationen im Rahmen des „sekundären Bezugssystems" auszeichnet. Hieraus leiten sich zwei kennzeichnende Merkmale ab, die gerade für das tiefenpsychologische Selbstverständnis der Individualpsychologie von Bedeutung sind: Dies ist zum einen die ethisch-normative Bedeutung dieses Bezugssystems, in dessen Rahmen „... die Belehrungen, die sozialen und kulturellen Formeln, die Traditionen der Gesellschaft wirksam werden" (*Adler*, zit. nach *Ansbacher*,

Ansbacher, 1972, S. 150, vgl. auch *Furtmüller*, 1983). Damit kommt dem sekundären Bezugssystem eine fundamental regulative bzw. normative Funktion innerhalb des Lebensstils zu. Zum anderen steht *dieses* Bezugssystems einer *bewußten* Reflexion grundsätzlich offen, ist es doch in Anbetracht seiner allgemeingültigen Kodifizierung, seiner regelhaften Logik im wahrsten Sinne des Worten „verständlich". (Die primären kognitiven Porzesse sind hingegen jeder unmittelbaren „Bewußtmachung" entzogen; sie können nur *indirekt*, d.h. auf intuitiv-einfühlendem Wege[20] „erahnt" werden. Um im konventionellen Sinne „verstanden" zu werden, müssen sie grundsätzlich — etwa im Rahmen einer individualpsychologischen Therapie — „dekodiert", d.h. in die Sprache des sekundären Bezugssystems „übersetzt" werden.)

4.2 Entwicklungstheorie

Das neugeborene Kind befindet sich, objektiv gesehen, in einer grundlegenden „Mangellage". Denn im Vergleich zu allen anderen Lebewesen (auch den höheren Säugetieren) ist es denkbar schlecht ausgerüstet, um in „seinem Lebenskampf zu bestehen". Als „physiologische Frühgeburt" ist das Kind ganz auf die Versorgung durch seine Bezugspersonen angewiesen, und zwar auf Jahre hinaus. Denn bei keiner anderen Spezies erstreckt sich die Ontogenese, d.h. der Abschnitt der persönlichen Entwicklung, über einen so langen Zeitraum, wie dies beim Menschen der Fall ist. So erlebt sich jedes Kind in den ersten Jahren seines Lebens in einem Zustand elementarer Hilflosigkeit und „Minderwertigkeit", was insbesondere eine Folge seiner motorischen Insuffizienz ist. Zusätzlich ist das Kind weitgehend orientierungslos: Denn im Vergleich zu anderen Lebewesen verfügt der Mensch durchaus nicht über jenen Fundus von „Instinkten" bzw. „angeborenen Auslösemechanismen" (*Lorenz*), der die Gewähr für ein eigenständiges Sich-zurecht-Finden in einer potentiell gefahrvollen Umwelt bietet (vgl. *Wolfensberger*, 1974). Was ihm von Geburt an mitgegeben ist, sind lediglich gewisse „Instinktresiduen" und jene rudimentären Verhaltensautomatismen, die von der Individualpsychologie in der Kategorie der „biologischen Finalität" zusammengefaßt werden[21]. So ist das kleine Kind gezwungen, sich sein eigenes elementares Orientierungssystem jeweils selbst zu schaffen. Und es wird diesen genuin schöpferischen Akt stets innerhalb jenes Rahmens vollziehen müssen, der durch die Faktizität seiner *unmittelbaren Umwelt* bedingt ist — die ihrerseits, eben aufgrund der Abhängigkeit des Kindes von seinen

Bezugspersonen, stets eine soziale Welt ist. Diese Welt muß das Kind erkunden, um sie gemäß ihrer Funktionalität zu strukturieren[22].

Dieser Prozeß resultiert in spezifischen kognitiven Inhalten, die als „primäre Einstellungen" bzw. „Meinungen" bezeichnet werden können. (*Adler* bezeichnet sie im Anschluß an *Vaihinger* (1911) auch als „Fiktionen"). Ihnen kommt von Anfang an eine grundlegend *instrumentale* Bedeutung zu, da sie als „Leitlinien" das Handeln des betreffenden Menschen steuern. Denn erst, nachdem ein Mensch sich „seine eigene Meinung gebildet hat" über die verschiedenen belebten und unbelebten Konstituenten „seiner Welt" wird es ihm überhaupt möglich, sich inmitten eines — ursprünglich sinnlos-amorphen — Konglomerats sicher zurechtzufinden, und zwar gerade auch dann, wenn in diesen Meinungen die Gefahren und Widrigkeiten des Lebens thematisiert werden.

4.2.1 Die Entstehung von primären Leitlinien und Strategien des Handelns

In den frühesten Abschnitten seiner Entwicklung verfügt das Kind über relativ unzureichende Kapazitäten des Wissenserwerbs: Seine psychomotorischen Fertigkeiten sind ebenso beschränkt wie seine Fähigkeit, mit der Umwelt einen kommunikativen Konnex herzustellen. Dennoch *wirkt* es von Anfang an auf eben diese Umwelt ein. Auf der Grundlage von elementaren *Versuch-Irrtums-Prozessen* ermittelt es eben jene Methoden und Strategien, die sich im Hinblick auf das Endziel einer optimalen existentiellen Sicherung am ehesten zu eignen scheinen.

In diesem Zusammenhang lernt das Kind rasch, auf welche Weise es auf seine unmittelbare Umgebung *zu seinen Gunsten* einwirken kann. Das Schreien des Neugeborenen, das zunächst noch bloßer Ausdruck eines körperlich empfundenen Unbehagens ist, wird in der Regel bald zu einem Mittel „umfinalisiert", mit dessen Hilfe die Mutter selbst dann herbeigerufen werden kann, wenn es nicht um die Befriedigung bloßer biologischer Bedürfnisse geht (z.B. Nahrung bekommen, wenn sich Hungerempfindungen eingestellt haben). Ein Baby, das nämlich schreit, weil es sich allein fühlt und die Sicherheit vermittelnde Anwesenheit eines „guten Riesen" (*Künkel*) wünscht, versucht zweifellos ein psychologisches, also „höheres" Bedürfnis zu befriedigen. So lernt das Kind im weiteren Verlauf seiner Entwicklung, eine Vielzahl von Sicherungsstrategien anzuwenden, die immer differenzierter (oder wenn man will: „raffinierter") werden. Ein zweijähriges Kind mag in diesem Zusammenhang nicht mehr in erster Linie das „infantile Schreien" einsetzen, um Zuwendung zu erlangen, sondern wird vielleicht bestrebt sein, mit Hilfe von Charme und Niedlichkeit oder auch von Trotz und „störendem Verhalten" die Aufmerksamkeit seiner Bezugspersonen auf sich zu lenken. Und je weiter seine motorischen und geistigen Kapazitäten entwickelt sind, desto nachhaltiger wird es daran gehen können, sich auf aktive Weise anderen Menschen, etwa jüngeren Geschwistern oder Spielkameraden gegenüber hervorzutun, um sich eine überlegene soziale Position zu sichern. In

diesem Zusammenhang spielt die *aggressive* Weltzugewandtheit[23] eine besondere Rolle, da sie die Voraussetzung für jede Art von expansivem und „mutigem" Handeln ist.

4.2.2 Der Rahmen der primären Stellungnahme des Kindes zur Welt

Jedes Kind wird mit einer je spezifischen (Um-)Welt konfrontiert, die es „individuell erfassen muß" (*Adler*, zit. nach *Ansbacher, Ansbacher*, 1972, S. 185) und zu der es „schöpferisch antwortende Stellungnahmen" (ebenda) abgibt. Im Sinne der *Adler*schen Theorie umfaßt dieses primäre „Milieu" nicht allein die dinglich-unbelebte Umgebung, sondern insbesondere jenes soziale Bedingungsgefüge, das durch die Bezugspersonen des Kindes konstituiert wird. Es handelt sich also um das Beziehungsganze der *Familie*, das eine Reihe von „objektiven" Rahmenbedingungen umfaßt, auf die das Kind „subjektiv" reagiert. Diese Rahmenbedingungen sind im folgenden einzeln aufgeführt.

4.2.2.1 Die Familienatmosphäre

„Familienatmosphäre" steht bei *Adler* für einen Begriff, der sämtliche jener Faktoren und Einflüsse thematisiert, die seitens der engen Bezugspersonen eines Kindes[24] auf dieses einwirken. Dieses komplexe Beziehungsgefüge evoziert nun bei einem Kinde, das der betreffenden Familie angehört, eine Vielzahl von spezifischen Erlebnisqualitäten, die sich im objektiven Sinne keineswegs bestimmen lassen. In ihrer Gesamtheit bringen sie nämlich das hervor, was phänomenologisch etwa als „vorherrschende Stimmung", „Wärme", „Bedrücktheit", „Beengtsein" u. dgl. mehr zu umschreiben wäre und somit grundsätzlich jene Wirkungen meint, die das Kind im subjektiven Modus auf einer prä- bzw. nonreflexiven Ebene *erlebt*. Eben diese Qualitäten wurden von *Adler* unter dem Begriff des „Atmosphärischen" subsumiert.

In deskriptiver Hinsicht lassen sich allerdings bestimmte Merkmale anführen, die das spezifische Verhalten der elterlichen Bezugspersonen kennzeichnen. Dabei gelangt man zu einer Reihe von typologisch relevanten Kategorien (vgl. *E. Dewey*, 1978, *Shulman*, 1973, *Titze*, 1979b, S. 99ff).

4.2.2.2 Die Familienkonstellation

Der Begriff der Familienkonstellation faßt verschiedene spezifische Interaktionsmuster zusammen, wozu an erster Stelle die Beziehungen gezählt werden, welche innerhalb einer *Geschwisterreihe* bestehen (vgl. *Forer*, 1977a,b, *Shulman, Mosak*, 1977, *Toman, Preiser*, 1973).

4.2.2.2.1 Positionen innerhalb der Geschwisterreihe

Der jeweilige Rangplatz, den ein Kind innerhalb seiner Geschwisterreihe einnimmt, wird im Sinne der finalistischen Betrachtungsweise der Individualpsychologie nicht als die eigentliche „Ursache" bestimmter Charaktereigenschaften oder Verhaltensweisen aufgefaßt. Vielmehr wird ihm lediglich die Bedeutung einer Konstituenten der Rahmenbedingung „Milieu" zugesprochen. Demnach nimmt das Kind zu der von ihm eingenommenen Position innerhalb der Geschwisterreihe grundsätzlich in einer subjektiv wertenden Weise Stellung; es bildet sich seine je spezifische Meinung hierzu.

Es ist üblich, zwischen fünf grundlegenden Positionen innerhalb einer Geschwisterreihe zu unterscheiden und alle weiteren Positionen lediglich als Variationen, Kombinationen oder Abwandlungen derselben aufzufassen.
Im einzelnen handelt es sich dabei um die Positionen 1. des *Einzelkindes*, 2. des *Ältesten*, 3. des *Zweiten*, 4. des *Mittleren* und 5. des *Jüngsten*. Gelegentlich können Kinder auch zwei Positionen gleichzeitig einnehmen, z.B. *Zweiter* und *Jüngster* sein. Oder es kann sich ein Kind für mehrere Jahre in einer bestimmten Position befinden und dann aufgrund der Geburt eines weiteren Kindes in eine andere Position gelangen (z. B. kann ein *Einzelkind* zu einem *Ältesten* werden, ein *Jüngstes* kann ein *Mittleres* werden oder ein *Mittleres* ein *Jüngstes*, wenn dieses etwa stirbt.)

Es gibt eine Reihe von Beschreibungen jener Charaktereigenschaften, die mit relativ großer Wahrscheinlichkeit (keineswegs aber Sicherheit!) mit einer bestimmten Rangposition innerhalb der Geschwisterreihe in Zusammenhang stehen (vgl. *Allers*, 1929, S. 139ff). So neigt etwa der „typische Erstgeborene", der aus der Position des Einzelkindes „entthront" wurde, oftmals dazu, eine *konservative* Einstellung an den Tag zu legen bzw. davon auszugehen, daß die Mächtigen ihre Macht behalten sollen. Das zweitgeborene Kind wird in der individualpsychologischen Literatur als der Prototyp des „Revolutionärs" bzw. „Reformators" beschrieben, da es sich ja darin üben mußte, einem älteren „Schrittmacher" den Rang streitig zu machen bzw. dessen überlegene Position in Frage zu stellen. Schließlich wird die Position des mittleren Kindes („Sandwichkind") als relativ ungünstig beschrieben, da es einerseits gegen ein überlegenes älteres Kind kämpfen muß, andererseits aber durch ein jüngeres Geschwister, das die Privilegien des „Nesthäkchens" besitzt, seinerseits „entthront" wurde (vgl. *Shulman, Mosak*, 1977).

4.2.2.3 Soziometrie der Familie

Adaline Starr (1973, S. 95) definiert die Familie „als die Gesamtheit aller Beziehungen, die in ihr bestehen". Die Geschwisterreihe stellt dabei lediglich eine besondere Form möglicher familiärer Interaktions-

weisen dar, wie sie aus der konkurrierenden Beziehung von Geschwistern hervorgehen können. Es läßt sich davon ausgehen, daß eine negative, d.h. von Wettstreit und Rivalität geprägte Beziehung vor allem bei solchen Geschwistern gegeben sein wird, die innerhalb der Geschwisterreihe mit geringem zeitlichen Abstand *unmittelbar* aufeinander folgen. Eine positive Beziehung in Form von Bündnissen und besonderen Sympathien kommt demgegenüber eher bei Geschwistern zustande, die in der Geburtenfolge nicht unmittelbar verbunden sind.

Beispiel: Die Kinder A, B und C einer Familie folgen einander in jeweils zweijährigem Abstand. Mit hoher Wahrscheinlichkeit wird eine negative Beziehung i. S. von Rivalität zwischen A und B einerseits und B und C andererseits bestehen. A und C werden hingegen eher eine positive Beziehung zueinander aufrechterhalten. Sie sind miteinander gegen B, das benachteiligte „Sandwichkind", verbündet. Würde es in dieser Familie noch ein weiteres Kind D geben, würde sich wahrscheinlich ein Bündnis zwischen B und D ergeben.

Im Bereich der Eltern-Kind-Interaktion kann es auf der Seite der Eltern zu Formen einer typischen Bevorzugung oder Benachteiligung eines bestimmten Kindes kommen. Damit wird der wohl bedeutsamste Faktor zur Konstituierung der spezifischen — d.h. vom Kind subjektiv jeweils so erlebten — Familienatmosphäre hervorgebracht. Der entsprechende Grund für die jeweilige Qualität der elterlichen Einstellung zu einem bestimmten Kind ist dem bewußten Verstehen zumeist verborgen, scheint aber vor allem davon abzuhängen, welche Merkmale, die das betreffende Kind „trägt", in welcher Weise von Mutter und Vater beurteilt werden. *Weshalb* solche Merkmale so unterschiedlich beurteilt werden können, läßt sich natürlich — etwa im Rahmen einer Familientherapie — nur im Zusammenhang mit der individuellen Lebensgeschichte der betreffenden Elternteile klären (in deren Verlauf z.B. schlechte Erfahrungen mit Menschen gemacht wurden, die gleichfalls „Träger" der entsprechenden Merkmale waren usw.). Wenn die mit den entsprechenden Vorerfahrungen zusammenhängenden Empfindungen und Affekte nun auf ein Kind „übertragen" werden, das — aus der subjektiven Sicht des betreffenden Elternteils — ebenfalls „Träger" solcher Merkmale ist, werden weder die Bezugsperson noch das Kind um den spezifischen Grund wissen (der „vergessen", „verdrängt" oder „unverstanden" sein kann, weil die Wurzeln dieses Urteilsaktes in der eigenen frühen Kindheit liegen usw.).

Ansbacher (1980) weist darauf hin, daß derartige affektiv untermalte und der bewußten Reflexion entzogene Einstellungen auf nonverbalem Wege kommuniziert werden. *Adler* thematisierte dies bereits in seiner Theorie des „Organdialekts" (vgl. *Ansbacher, Ansbacher,*

1972, S. 217ff), doch erst die modernen Kommunikationstheoretiker (vgl. *Watzlawick* et al., 1969) haben hierzu wirklich befriedigende Erklärungsmodalitäten beigebracht. Demnach wird das Kind selbst dann „merken", daß es — auf der sog. Beziehungsebene — etwa von einer signifikanten Bezugsperson abgelehnt wird, wenn diese ihm gegenüber verbal — auf der sog. Inhaltsebene — das Gegenteil beteuert. Ein Kind, das sich aber abgelehnt bzw. nicht angenommen fühlt, wird mit einem außerordentlich belastenden Faktor konfrontiert sein, möglicherweise mit dem negativsten überhaupt, der im Zusammenhang mit der Rahmenbedingung „Milieu" wirksam werden kann. Sofern das Kind nun seinerseits mit nonverbalen Signalen „reagiert" bzw. sich an der ablehnenden Bezugsperson in seinem Handeln zu rächen versucht, hat sich ein wahrer „Teufelskreis" geschlossen: Die betreffende Bezugsperson hat nunmehr den „objektiven Beweis" für ihr „Gefühl", daß dieses Kind böse usw. ist. Damit hat sie ein Alibi, aus „erzieherischen Gründen" besonders hart und ablehnend zu reagieren. In Entsprechung hierzu wird das Kind danach streben, mit Hilfe von zumeist „ungehörigem Verhalten" entweder die (negative) Aufmerksamkeit dieser Bezugspersonen zu gewinnen oder — wenn es stärker entmutigt sein sollte — sich nur noch an ihr zu rächen oder ihr resigniert ganz aus dem Wege zu gehen (vgl. *Dreikurs*, 1969).

Bevorzugung und besondere Zuwendung seitens der Eltern wirkt sich auf der anderen Seite ebenfalls eher nachteilig auf den Prozeß der kindlichen Meinungsbildung aus. *Adler* wurde nicht müde, in diesem Zusammenhang auf die Gefahren einer besonders überfürsorglichen, d.h. verwöhnenden bzw. „verzärtelnden" Erziehung hinzuweisen. Das verwöhnte Kind kann nämlich ...

„dadurch, daß ihm alle Schwierigkeiten, Eroberungen abgenommen werden, zu keinem Erlebnis eigenen Könnens, eigener Leistung, zu keiner oder nur begrenzter Entfaltung seiner Spontaneität und Selbstständigkeit kommen. Treten an den nun heranwachsenden Menschen die Forderungen der Schule oder später des Berufs, der Ehe heran, so fühlt er in seinem Selbstgefühl sich den Aufgaben nicht gewachsen und versagt" (*Neumann*, 1931, S. 348, vgl. auch *Titze*, 1979, S. 113ff).

Der Grund, weshalb Eltern bestimmte ihrer Kinder besonders mögen und sich diesen demzufolge verstärkt zuwenden, ist ebenfalls darin zu finden, daß solche Kinder in den Augen der Eltern „Träger" von Merkmalen sind, die auf dem privaten Wertekontinuum dieser Bezugspersonen besonders hoch gewichtet sind bzw. mit positiven Gefühlsqualitäten in Verbindung stehen. Doch auch in diesem Fall bleiben das Verstehen bzw. die Einsichtnahme in die entsprechenden Zusammenhänge der bewußten Reflexion entzogen.

4.3 Individuum und Gesellschaft

Die sog. Alltagswelt, in der ein Mensch seinen vielfältigen „Lebensaufgaben" nachkommt, ist die uns allen gemeinsame Welt, in der wir nach Maßgabe von allgemein vorgegebenen „Spielregeln" und normativen Setzungen miteinander interagieren bzw. kooperieren. Es ist also eine genuin *soziale Welt*, die den universalen Bezugsrahmen einer als „normal" angenommenen Realität beibringt. Ihr gegenüber erweisen sich alle anderen Formen des („privaten") Welterlebens, so z. B. die Bereiche der kindlichen Spielwelt, des Phantasie- und Traumgeschehens und der psychotischen Wahnwelten als „abnormal", „irreal" und „irrational".

Die Voraussetzung für eine umfassende Integration des Individuums in diese soziale Welt stellt die grundsätzliche Verfügbarkeit über ein hinreichendes Maß jenes Wissens dar, das im Verlauf der sog. *Sozialisation* auf der Grundlage sozialer Vermittlungsprozesse vom Individuum erlernt werden muß (vgl. *W. Spiel*, 1982b). Die Gesamtheit dieses Wissens, das erst in späteren („sekundären") Abschnitten der Ontogenese erworben werden kann — wesentlich sind hierbei nämlich die *sprachlichen* Fertigkeiten —, konstituiert das „sekundäre Bezugssystem" des Lebensstils eines Individuums. Damit ist festgestellt, daß die Dimensionen von (primärer) „Privatheit" und (sekundärer) „Sozialität" im Rahmen des Lebensstils-Konzeptes in eine *dialektische Einheit* integriert sind.

4.3.1 Der regelhafte Grundcharakter sozialen Wissens

Soziales Wissen ist von seinem Grundcharakter her allgemeingültig und allgemeinverbindlich. Es besitzt insofern einen regelhaften, normativen Wesenszug, als es die genauen Richt- bzw. „Leitlinien" (*Adler*) umfaßt, die für eine möglichst reibungslose und „störungsfreie" Teilhabe am sozialen Leben unerläßlich sind. Hierzu gehören zum einen die vielfältigen, ausdrücklich kodifizierten Vorschriften und Gesetze, wie sie etwa in der Jurisdiktion niedergelegt sind. Zum anderen sind hier aber auch die vielen „ungeschriebenen" Bestimmungen impliziert, die — im Rahmen des *common sense* — das Handeln des Individuums in allen möglichen Bereichen des öffentlichen Lebens in die „richtigen Wege" leiten. Es sind dies somit ...

„alle Konventionen des menschlichen Zusammenlebens, Sitten und Gebräuche, Grenzen und Bedingungen des Schamgefühls, des Ehrgefühls usw., vor allem aber die Sprache und das mit ihr in Zusammenhang stehende logische Denken" (*Wexberg*, 1975, S. 21).

So wird das Individuum, das sich an die vorgegebenen normativen Setzungen „seiner" Gesellschaft bzw. Kultur „anzupassen" sucht (um sich „normal" verhalten zu können), eine Reihe von grundsätzlichen Entscheidungen zu treffen haben: Es wird sich z. B. in seinem Handeln Ziele setzen müssen, die mit den Maßstäben von „*common sense*" und „sozialer Intelligenz" konform sind, die jedoch von einer durchaus anderen Art sein können als die Zielsetzungen des „primären Bezugssystems". Während diese Ziele im Dienste der personalen Existenzsicherung bzw. Überlegenheit des Individuums stehen, sind die sekundären Zielsetzungen auf den Endzweck des Erhalts und der Vervollkommnung einer größeren sozialen Gruppe bzw. Gemeinschaft bezogen, mag diese nun im einzelnen durch ethische, nationale, sprachliche oder religiös-ideologische Kriterien definiert sein. Die Voraussetzung für diese Art von prosozialen Strebungen ist das Vorhandensein eines umfassenden Fundus jener „sekundären Kognitionen", die im Verlauf der Sozialisation durch die verschiedenen „Agenturen" der Gemeinschaft im Rahmen der sprachlichen Kommunikation vermittelt werden. Diese rational begründbaren und der bewußten Reflexion jederzeit zugänglichen Kognitionen fundieren in ihrer Gesamtheit das „sekundäre Bezugssystem" des Lebensstils.

Auf der Ebene subjektiven Erlebens äußert sich die von diesen Kognitionen sich herleitende finale Ausrichtung auf die Gemeinschaft in Form eines spezifischen „Wir-Gefühls", das seinerseits durch eine Reihe von synonymen Begriffen umschrieben werden kann (z. B. „Gemeinsinn", „Corpsgeist", „Nationalbewußtsein", „religiöses/politisches Bewußtsein", „Vaterlandsliebe", „Bürgersinn", „Klassenbewußtsein", „Zusammengehörigkeitsgefühl"; vgl. *Titze*, 1981, S. 68ff).

Nicht in jedem Fall wird der Einzelne ein derartiges „Wir-Gefühl" freilich in einer vorbehaltlos positiven Weise, also etwa im Modus der „Begeisterung" oder gar des „Fanatismus" empfinden. Oftmals wird er sich den Prinzipien des „sekundären Bezugssystems" in seinem Handeln nur deshalb „gewissenhaft" und „verantwortungsbewußt" unterwerfen, weil er die negativen Konsequenzen, die sich aus entsprechenden Zuwiderhandlungen ergeben, fürchtet. Als Beispiel können wir den Autofahrer anführen, der einem anderen Vorfahrt gewährt, weil dies die Straßenverkehrsordnung (unter Strafandrohung!) so gebietet. Zu erwähnen ist auch der Steuerzahler, der seinen Beitrag zum Erhalt des Staatswesens leistet, weil „das Gesetz es so will" usw.

In allen Fällen — mögen diese nun „intrinsisch" oder „extrinsisch" motiviert sein, — wo Menschen „prosozial" und „moralisch" handeln, richten sie sich nach Zielen aus, die von der Gemeinschaft vorgegeben

sind und die zum Zwecke ihrer Befolgung eine entwickelte Einsichtsfähigkeit voraussetzen, über die nur der sozialisierte, „vernünftige", d.h. am *„common sense"* teilhabende Mensch verfügt.

4.3.2 Die „soziale Norm"

Die von der Gemeinschaft vorgegebenen Relevanzkriterien, die in einer verbindlichen Weise die universale Bestimmung bzw. Bewertung der Bereiche des *Guten* (= „richtig", „erlaubt", „geboten", „anerkannt" usw.) und des *Bösen* (= „falsch", „verboten", „tabuiert", „sündig" usw.) ermöglichen, liegen insgesamt der Konzeption der *sozialen Norm* zugrunde. Ohne diese universale Bestimmung und Gültigkeit der sozialen Norm (aus der sich der „soziale Wahrheitsbegriff" ableitet), wäre eine funktionierende soziale Ordnung, die ihrerseits Voraussetzung und Kennzeichen einer jeden Kultur ist, überhaupt nicht denkbar.

Soziale Normen sind dem Individuum zunächst in Gestalt von Regeln, Vorschriften, Wertungen und Rollenzuweisungen vorgegeben. In ihrer Gesamtheit bilden diese normativen Setzungen ein universales Orientierungsprinzip für jeden Angehörigen der entsprechenden Gemeinschaft. Die Kenntnis solcher Normen ermöglicht es ihm, in seinem Handeln den Forderungen und Erwartungen der Gemeinschaft gerecht zu werden bzw. sich an deren spezifisches „Realitätsprinzip" (*Freud*) anzupassen. Nur auf diese Weise läßt sich die „Ordnung des menschlichen Zusammenlebens" (*Litt*) gewährleisten (vgl. *Cicourel*, 1979, *Furtmüller*, 1983, *Offer, Sabshin*, 1966).

4.3.3 Die Vermittlung von sozialen Normen im Rahmen der Sozialisation

Schon innerhalb der frühesten Abschnitte seiner Ontogenese stößt das Kind immer wieder an Grenzen, die seine an der primären Bedürfnislage orientierten ichbezogenen Strebungen hemmen. Diese Grenzen können zum einen natürliche Hindernisse der physikalischen Welt sein, zum anderen kann es sich aber um sozial vorgegebene Barrieren handeln, welche die Verbote und Tabuisierungen der Gemeinschaft zum Ausdruck bringen (vgl. 6.1.4.1).

Die ersten und wichtigsten Repräsentanten der Gemeinschaft sind die frühen Bezugspersonen des Kindes, in der Regel seine Eltern und Verwandten. Während diese Bezugspersonen anfangs ganz überwiegend im Dienste der primären Bedürfnisbefriedigung des Kindes stehen, verlagern sie das Hauptgewicht ihrer Aktivität in den späteren Abschnitten der kindlichen Entwicklung auf dessen Erziehung. Damit

wird ein entscheidender Funktionswandel vollzogen: Fortan geht es nämlich nicht mehr darum, die primären Bedürfnisse des Kindes zufrieden zu stellen, sondern ganz im Gegenteil, diese überall dort in die Schranken zu weisen, wo sie mit den Forderungen der Gemeinschaft (bzw. den entsprechenden sozialen Normen) nicht zu vereinbaren sind. Um es mit *Adler* auszudrücken:

„Die Forderungen des gemeinschaftlichen Lebens sind eigentlich genau so selbstverständlich wie jene Forderungen, die etwa Witterungseinflüsse an den Menschen stellen, Forderungen des Kälteschutzes, des Wohnungsbaus u. dgl. Wir erblicken den Zwang zur Gemeinschaft ... auch in der Religion, wo die Heiligung des gesellschaftlichen Lebens an Stelle des verstehenden Gedankens als Bindemittel der Gemeinschaft dient. Sind die Lebensbedingungen im ersten Fall kosmisch, so sind sie im letzteren Fall sozial bedingt, bedingt durch das Zusammenleben der Menschen und die sich daraus von selbst ergebenden Regeln und Gesetzmäßigkeiten. Die Forderungen der Gemeinschaft haben die Beziehungen der Menschen geregelt, die schon ursprünglich, als „absolute Wahrheit" bestanden haben. Denn vor dem Einzelleben des Menschen war die Gemeinschaft" (*Adler*, 1966, S. 38).

4.3.4 Die subjektiven Korrelate der sozialen Forderungen konstituieren die „sekundäre Finalität"

Die verschiedenen sozialen Normen, die eine bestimmte Kultur bzw. Gesellschaftsform hervorgebracht hat, präsentieren sich dem Kind im Rahmen der Sozialisation insofern als finale Bezugspunkte des Handelns, als ihre stete Beachtung verlangt wird. Sobald das Kind die Bedeutung dieser sozialen Forderungen verstanden hat und dazu übergegangen ist, sich in seinem Handeln an den entsprechenden vorgegebenen Normen auszurichten, hat ein grundlegender Prozeß der Subjektivierung bzw. „Verinnerlichung" (*Freud*) stattgefunden: Die ursprünglich „ichfremden" Forderungen der Gemeinschaft nach Erfüllung der entsprechenden sozialen Normen haben sich nunmehr in Form genuiner kognitiver Inhalte innerhalb des „sekundären Bezugssystems" des Lebensstils niedergeschlagen. Sie stellen damit eine ganz neuartige Kategorie der Finalität dar, die durch die folgenden Bestimmungsmerkmale ausgewiesen sind:

1. *Sprachliche („digitale") Kodifizierung.* Im Gegensatz zu den primären Kognitionen, die mit vorsprachlichen, d.h. ganzheitlich-bildhaften Mitteln kodifiziert sind (vgl. den Begriff Zielvorstellung) sind diese sekundären Kognitionen in sprachlicher Form niedergelegt, d.h. grundsätzlich verbalisierbar.

2. Wie alle anderen verbalisierten kognitiven Gebilde sind auch die Konstituenten der *sekundären Finalität* — etwa im Rahmen „innerer Selbstgespräche" — *bewußt* reflektierbar. Dadurch ist eine „willentliche" Beeinflussung nicht nur grundsätzlich möglich, sondern, wie aus dem Begriff des „guten Willens" hervorgeht, eine notwendige Bedingung der *sekundären Finalität*.

3. Im Gegensatz zu den Konstituenten der *primären Finalität*, welche die individuellen Bedürfnisse bzw. Strebungen, mithin das *Wollen* des Menschen zum Ausdruck bringen, werden im Rahmen der *sekundären Finalität* eben jene *Pflichten* thematisiert, die *man* in der Gemeinschaft zu erfüllen hat (vgl. auch *Heidegger*, 1979, 4. Kapitel, sowie *Silcher*, 1950). Somit findet hier das *Sollen* menschlichen Lebens seinen Ausdruck.

4.3.5 Bemerkungen zur Genese der „sekundären Finalität"

Die Konstituenten der „sekundären Finalität" werden im Verlauf der Sozialisation auf verschiedenen Wegen erworben. Dabei kommt der Vermittlung von bestimmten normativen Setzungen moralischen bzw. ethischen Inhalts im Rahmen der Gewissensbildung eine besondere Bedeutung zu. Die jeweiligen Erzieher (Eltern, Lehrer, Geistliche usw.) sind bestrebt, Werte, Überzeugungen und Ideale zu „pflanzen". Indem das Kind diese übernimmt, wird die Voraussetzung geschaffen für die Herausbildung einer spezifischen Motivationslage, die man als „fremdbestimmt" bzw. „extrinsisch" bezeichnen kann.

Daneben können bestimmte sekundäre Ideale aber auch aufgrund einer freiwilligen, dh. „intrisisch motivierten" Entscheidung übernommen werden. Eine besondere Bedeutung fällt in diesem Zusammenhang der frühkindlichen Tendenz zu, gewisse Bezugspersonen, namentlich die Eltern (im Rahmen der „primären Identifikation") deshalb *nachzuahmen* weil sie als „Träger" von besonders positiv bewerteten Merkmalen (*stark, überlegen, klug, gütig, aggressiv* usw.) „idealisiert" werden. Dabei kann es sich zunächst um die bloße unreflektierte „Nachäffung" der rein äußerlichen Erscheinungsweisen eines derartigen Modells handeln. *Diese* Art der Nachahmung kann sicher nicht als eine *rationale* Leistung im eigentlichen Sinne gewertet werden.

Von dieser primitiven Form der *Identifikation* lassen sich jene Formen unterscheiden, die in späteren Entwicklungsabschnitten auftreten. Sie weisen durchweg Züge der sog. *Nachfolge* auf, die den rational begründbaren bzw. reflektierten Akt bewußter Entscheidung meint, sich mit der „inneren" Lebenseinstellung der imitierten Person, ihren Ideen und Idealen also, zu identifizieren (vgl. *Titze*, 1984d).

Allerdings lassen sich die Akte der Nachahmung und der Nachfolge, wie der Individualpsychologe *Allers* zu Recht feststellt, in der Praxis niemals scharf voneinander trennen:

„(Ideale) entstehen aus der Nachahmung und Nachfolge. Diese beiden Begriffe meinen nicht völlig das gleiche; sie gehen aber ohne Schärfe, besser gesagt, ohne genau bestimmbare Grenzen ineinander über . . . Echte Nachfolge, die also eine innerliche Bejahung der vorbildlichen Person voraussetzt, erzeugt sehr leicht Nachahmung. Umgekehrt kann bloße Nachahmung auch in Nachfolge übergehen und diese sich auf jene aufpflanzen" (*Allers*, 1929, S. 154, vgl. auch *Plessner*, 1961, 1974).

4.3.5.1 Sekundäre Identifikation und Rollenübernahme

Nachahmung und Nachfolge stehen in einem funktionalen Zusammenhang mit der *sekundären Identifikation*[25]. Während sich die erstgenannten Begriffe ausschließlich auf gewisse Aspekte des manifesten Handelns eines Individuums beziehen, thematisiert der Begriff der sekundären Identifikation die im Lebensstil aussedimentierten kognitiven Implikationen dieser imitativen Akte. Wer sich mit einem anderen Menschen identifiziert, orientiert sich nämlich nicht bloß an dessen „äußerem" Handeln, sondern hat sich auch die „inneren" Korrelate eben dieses Handelns, die ihm zugrundeliegende sekundäre Finalität zu eigen gemacht bzw. — um einen traditionellen Begriff der Tiefenpsychologie zu verwenden — diese „verinnerlicht" (vgl. *Fenichel*, 1926, *Schilder*, 1924).

Adler gelangte im Rahmen seiner Theorie des Gemeinschaftsgefühls schließlich zu einem Modell der (sekundären) Identifikation, das enge Affinität zum sozialpsychologischen Konzept der „Rollenübernahme" aufweist (vgl. *Dreitzel*, 1979, 1980, *Faris*, 1937, *Joas*, 1980, *Mead*, 1974, *Natanson*, 1973, *Titze*, 1984d).

„Die Individualpsychologie darf als ihren Befund in Anspruch nehmen, Einfühlen und Verstehen als Tatsachen des Gemeinschaftsgefühls ... hervorgehoben zu haben ... Identifikation ist unumgänglich notwendig, um zu einem Gemeinschaftsleben zu kommen.

Die Fähigkeit zur Identifikation muß trainiert sein und kann nur trainiert werden, wenn einer im Zusammenhang mit den anderen aufwächst und sich als Teil des Ganzen fühlt ... „Richtig" zu hören, zu sehen und zu sprechen bedeutet, sich vollständig an einen anderen oder an eine Situation zu verlieren, sich mit ihm oder mit ihr zu identifizieren ... „Mit den Augen eines anderen zu sehen, mit den Ohren eines anderen zu hören, mit dem Herzen eines anderen zu fühlen". Das scheint mir eine vorläufig zulässige Definition dessen zu sein, was wir Gemeinschaftsgefühl nennen" (*Adler*, 1928, 1928a, S. 224).

5. Theorie der Psychotherapie

Rattner (1977) weist die Individualpsychologie als eine „Verstehende Tiefenpsychologie" aus, wobei er feststellt, daß die Individualpsychologie zwar von ihrem Gegenstandsbereich her mit der Psychoanalyse verbunden ist, nicht aber im Hinblick auf ihre erkenntnistheoretische Fundierung. Die Psychoanalyse ist nämlich „ein Kind des 19. Jahrhunderts" (*ebenda*, S. 23), ursprünglich bestrebt, das Modell einer am naturwissenschaftlichen Vorbild ausgerichteten „somatischen Psychologie" hervorzubringen, die das Seelenleben mit physikalistischen, biologistischen und elementaristischen Mitteln deterministisch „erklärt". In methodologischer Hinsicht schlug die Psychoanalyse von Anfang an den Weg „nomothetischen" (*Windelband*) Erkenntnisgewinns ein,

wie dies — in noch radikalerer Weise — auch *Watsons* „Behaviorismus" und *Pawlows* „Reflexologie" taten.

Adler hatte sich hingegen von dieser naturalistisch-objektivistischen Grundeinstellung zum Zeitpunkt seiner Loslösung von der Psychoanalyse (1911) befreit: Es war dem eine Abwendung von den positivistischen und materialistischen Theoremen der im 19. Jahrhundert allgemein vorherrschenden naturalistischen Philosophie vorausgegangen. In der Folge orientierte sich *Adler* an geisteswissenschaftlichen Erkenntnissen, namentlich dem neukantianischen *Idealismus*, der *Lebensphilosophie (Bergson, Nietzsche)*, der *Hermeneutik (Schleiermacher, Dilthey)* und dem *Pragmatismus (Vaihinger, Dewey, James)*. Indirekt rezipierte er ferner das Gedankengut der *Phänomenologie Husserls* und der *Gestalt-* und *Ganzheitstheorie (Köhler, Koffka, Krueger, Smuts, Wertheimer)*. In diesem Zusammenhang gelang ihm der Entwurf einer ganzheitlichen („holistischen"), intersubjektivistischen, teleologisch-sinnorientierten Psychologie, die die Gesamtheit personalen Lebens im Zusammenhang mit der umfassenden Lebensgeschichte des in eine wertvermittelnde Kulturwelt eingebetteten Individuums zu *verstehen* versucht. Dieses „Verstehen" nimmt von vornherein Bezug auf die vorgegebene Gesamtheit aller Lebensäußerungen, mögen diese sprachlicher, „ausdrucksmäßiger" (Mimik, Gestik), kognitiver, emotionaler oder aktionaler (Handlungen, Taten, „Arrangements") Art sein. Jede dieser vitalen Einzeläußerungen verweist als Teil auf die umfassende Sinnhaftigkeit des Ganzen, nämlich die Totalität des einheitlichen „Lebensstils", der seinerseits alle diese Teile „durchschwebt" und mit seinem je spezifischen Sinn erfüllt. Jede kausalgenetische „Zergliederung", Rückführung des phänomenologisch Präsenten auf objektivierbare Grundelemente bzw. universale Gesetzmäßigkeiten (wie dies etwa von der positivistischen Psychologie versucht wird) erscheint da unzulässig. Hieraus ergibt sich die *methodologische* Forderung, daß der Psychotherapeut von einer objektivierend-technologischen Vorgehensweise Abstand nimmt, auf schematische „Wenn-dann-Erklärungen" verzichtet, um stattdessen im „idiographischen" Sinne in die subjektive Totalität des Lebensstils seines Patienten *empathisch* einzugehen und dessen individuelles „Bewegungsgesetz" verstehen zu lernen.

„Jedes Wort, jeder Gedanke, jedes Gefühl oder jede Geste erhellen unser Verständnis. Jeder Fehler, den wir machen, weil wir eine Äußerung zu hastig bewerten, kann durch tausend andere Äußerungen entdeckt und berichtigt werden. Wir können den Sinn einer Äußerung nicht mit letzter Sicherheit beurteilen, bis wir uns über ihre Stellung im ganzen klar sind; und doch sagt jede Äußerung dasselbe, jede drängt uns auf die Lösung

zu. Wir sind wie Archäologen, welche Keramikfragmente, Werkzeuge, Gebäudefundamente, zerstörte Denkmäler und Papyrusblätter finden; und denen es durch die richtige Beurteilung dieser Bruchstücke gelingt, das Leben einer ganzen zerstörten Stadt zu rekonstruieren. Aber wir haben es nicht mit etwas Zerstörtem zu tun, sondern mit den ineinander verwobenen und einander bedingenden verschiedenen Seiten eines Menschen, einer lebenden Persönlichkeit, die uns jeden Augenblick neue Bekundungen dessen, was sie ist und bedeutet, darbieten kann" (*Adler*, 1979b, S. 64).

5.1 Erkenntnis- und wissenschaftstheoretische Grundlagen

Die erkenntnistheoretischen Grundlagen der Individualpsychologie sind insgesamt im Geltungsbereich der *Geisteswissenschaften* niedergelegt, deren Wurzeln auf *Vico* und *Buckle* zurückreichen (vgl. *Neuer*, 1914, *Rattner*, 1977). Entstanden aus dem Bestreben, eine angemessene Methodologie für die Geschichts- und Literaturforschung zu entwickeln, brachten die Geisteswissenschaften des 18. und 19. Jahrhunderts eine spezielle Auslegekunst, die *Hermeneutik* hervor, die darauf abzielt, die Voraussetzungen für das „einfühlsame (intuitive) Verstehen" von Gegenständen zu schaffen, die nicht Bestandteile der „natürlichen", sondern einer „kulturellen", vom Menschen selbst geschaffenen Welt sind.

Von besonderer Bedeutung sind in diesem Zusammenhang die Werke von *Schleiermacher*, *Dilthey*, *Bergson* und *Spranger*, in denen die Denktradition der Philosophie der Romantik, der Lebensphilosophie und des (neu-)kantianischen Idealismus ihren Ausdruck findet. Diese Philosophen gelten als die wichtigsten Vertreter der *Verstehenden Psychologie*. Es ist dies eben jene Lehre, die der Individualpsychologie einen Gutteil ihres erkenntnistheoretischen Selbstverständnisses vermittelt hat (vgl. *Neuer*, 1914, *Seelbach*, 1932). Sie soll im folgenden, ebenso wie die Lehren der *Phänomenologie* und des *Pragmatismus*, die mit ihr in einem engen Zusammenhang stehen, kurz erläutert werden.

5.1.1 Die Verstehende Psychologie

Im Zuge der Gegenbewegung zur naturalistischen Philosophie des 19. Jahrhunderts verfaßten *Bergson* (1888, 1912) und *Dilthey* (1894) zwei grundlegende Abhandlungen, die übereinstimmend zum Ausdruck bringen, daß der Zugang zum Gegenstandsbereich des Geistigen nicht mit den „objektivierend-erklärenden" Mitteln diskursiver Wissenschaftlichkeit erfolgen kann. Letztere ausschließlich ist auf den Gegenstandsbereich der materiellen Dingwelt zu beziehen, wo quanti-

fizierbare Sachverhalte nachweisbar sind, die auf rationale bzw. „intellektuelle" (*Bergson*) Weise *kausal* miteinander verknüpft werden können. Den Zugang zum „ganzen Menschen" (*Dilthey*) eröffnet allein die ein- und mitfühlsame *Intuition*, die bei den „Phänomenen selbst" stehen bleibt, diese im Schauen erfaßt, beschreibt, einem umfassenden Strukturzusammenhang zuordnet und in ihrer zielgerichteten Sinnhaftigkeit *versteht*. Die Intuition ist, so wie das geistige Leben an sich, „schöpferisch", eine Funktion des *élan vital* (*Bergson*), der diesem Leben eine stete Dynamik verleiht. Die intuitive Ganzheitsbetrachtung bezieht sich dabei nicht nur auf die räumliche Dimension subjektiver Lebensäußerungen, sondern auch auf die „Dauer" (*Bergson*) des gesamten Lebensvollzugs, der mit einer Symphonie vergleichbar ist, in der ein Thema beständig variiert wird. Damit läßt sich die Zukunft aus der Vergangenheit vorausahnen bzw. innerhalb des biographischen Kontextes in ihrer potentiellen Gerichtetheit *qualitativ* „artikulieren und distinguieren" (*Dilthey*).

Der Verstehende Psychologe soll also nicht allein „einfühlend nacherleben" (*Spranger*), was in einem Menschen vorgeht und vorging, er soll darüberhinaus auch die je spezifischen Sinngebungen und Werte verstehend erkennen, auf die eben dieser Mensch in seinem Streben ausgerichtet ist und die er im Bezugsrahmen der typischen Realitätsbereiche der *Kultur* als Handelnder zu realisieren sucht (vgl. *Litt*, 1926, *Spranger*, 1928, *M. Weber*, 1956).

Kronfeld verweist schließlich auf die tiefenpsychologisch bedeutsame Tatsache der unmittelbaren Vereinigung „zweier Seelen" (1966, S. 11) im Zuge des Verstehensprozesses. *Adler* (1982a, S. 224ff) spricht in diesem Zusammenhang von „Identifikation".

5.1.2 Die Phänomenologie

Die von *Husserl* begründete „Transzendentale Phänomenologie" knüpft unmittelbar an die idealistische Tradition der Verstehenden Psychologie an. *Husserl* nimmt dabei besonderen Bezug auf *Dilthey* (vgl. *Rattner*, 1977, S. 71).

Die Phänomenologie ist eine Erkenntnislehre, die den Anspruch erhebt, die philosophische Grundlage aller Geisteswissenschaften, insbesondere aber der Individualpsychologie bereitzustellen (vgl. *Allen*, 1971a, S. 4ff, *Landmann*, 1958, S. 33, *Kronfeld*, 1966, S. 12ff, S. 17f, *Wexberg*, 1975, S. 6).

Der Gegenstand der Phänomenologie ist der Bereich der „reinen Subjektivität" bzw. die Sphäre des „Bewußtseins"[26]. Den Bereich der „natürlichen" bzw. „physikalischen", objektiv „gesetzten" („Au-

ßen"-)[27] Welt sucht die Phänomenologie dabei von vornherein „auszuklammern". Sie ist bestrebt, allen Erkenntnisgewinn aus der Untersuchung der subjektiven „Bewußtseinskorrelate" dieser „natürlichen Welt" herzuleiten, die ihrerseits als ein spezifischer Wirklichkeitsbereich in die „Lebenswelt" des Menschen eingegliedert ist. Letztere stellt den umfassenden Begriff für sämtliche Lebensvollzüge des Menschen dar, wie sie in einem durch und durch „intersubjektiv" konstituierten, d.h. sozialen Bezugsrahmen erfolgen. Hier spielt sich insbesondere auch das *Alltagsleben* ab, in welchem der Mensch in einer naiven und präreflexiven Weise seinen jeweiligen Pflichten und Aufgaben nachgeht (vgl. *Husserl*, 1973, *Schütz*, 1971). Ihre Strukturierung erfolgt nach Maßgabe typisch-normativer Sinnzusammenhänge und Regelhaftigkeiten, die intersubjektive Gültigkeit besitzen.

Dieser „seiner" Welt wendet sich der Mensch „intentional" zu, indem er die sie konstituierenden Gegenstände in einer *aktiven* Weise auffaßt („apperzipiert"), sich sein je eigenes Bild, seine „subjektive Idee" von ihnen schafft und dieselbe dabei sinnhaft beseelt (vgl. *Husserl*, 1952, S. 244f). Aus dieser grundsätzlichen „Ausgerichtetheit des Bewußtseins auf die Welt" resultiert die synthetische Einheit aller Erkenntnisakte innerhalb der Ganzheit der Dimensionen von Lebenswelt und „innerer Zeitlichkeit". Auf das „Schauen, Aufklären, Sinn bestimmen, Unterscheiden und Vergleichen" eben dieser Erkenntnisakte richtet die Phänomenologie ihre ganze Aufmerksamkeit.

„Sie" ... trennt dabei in Teile oder scheidet ab in Momente, aber alles in reinem Schauen. Sie theoretisiert und mathematisiert nicht ... Sie ist dort am Ende, wo objektive Wissenschaft anfängt" (*Husserl*, 1973, S. 58).

Insgesamt läßt sich feststellen, daß die Phänomenologie die Grundidee der Verstehenden Psychologie konsequent weiterentwickelt hat und dabei ein Niveau erreichte, von dem aus sie mit Recht den Anspruch erheben kann, die erkenntnistheoretische Grundlegung sämtlicher Geisteswissenschaften beizubringen. So ist es verständlich, daß auch die Individualpsychologie inzwischen als eine „phänomenologische Psychologie" ausgewiesen wird (vgl. *Titze*, 1983).

Landmann (1958) unterscheidet in diesem Zusammenhang vier Grundrichtungen der Phänomenologie, nämlich

1. die *klassische* („reine") *Phänomenologie*, die eine philosophische Grundlagendisziplin darstellt;

2. die *klassiche phänomenologische Psychologie*, zu der die Ganzheits- und Gestaltspsychologie, ferner die hieraus abgeleitete *Gestalttherapie* und schließlich auch die *Individualpsychologie* zu zählen sind. Diese Richtungen weisen folgerichtig fundamentale Konvergenzen auf;

3. die sog. *Neue Phänomenologie*, zu der die *klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie* gehört und schließlich
4. die *existentialistische Psychologie*, der u.a. die *Daseinsanalyse* und die *Logotherapie* zu subsumieren sind (vgl. auch das Stichwort „Phänomenologie" in *Brunner, Kausen, Titze*, 1984).

5.1.3 Der Pragmatismus

Der Begriff „Pragmatismus", der ursprünglich von *Peirce* (vgl. 1967, 1970) im Anschluß an *Kants* „Kritik der reinen Vernunft" verwendet wurde, bezeichnet heute eine erkenntnistheoretische Richtung, die in eine amerikanische und eine europäische Variante aufgegliedert ist. Die bekanntesten Vertreter des europäischen Prgamatismus sind *Bergson* und *Vaihinger*, zwei Philosophen, die *Adlers* Denken entscheidend beeinflußt haben. So ist *Vaihingers* neokantianischer „Fiktionalismus" im individualpsychologischen Theoriegebäude *in extenso* rezipiert (vgl. *Titze*, 1979, S. 43ff).

Fiktionen sind nach *Vaihinger* (1911) von vornherein als „unwahr" zu erachten, da sie „... nur ein bewußter, praktischer, fruchtbarer Irrtum sind" (*ebenda*, S. 165). Die Erkenntnisvorgänge laufen nämlich nicht darauf hinaus, einen *objektiven Wahrheitsbegriff* zu finden, sondern lediglich brauchbare und nützliche Hilfsmittel zum Zwecke der Sicherung und Erleichterung des Lebens. In diesem Sinne behauptet sich gerade der „zweckmäßigste Irrtum", ungeachtet der Bedingungen einer sog. objektiven Faktizität. „Also ist die ganze Fassung, welche wir dem Wahrgenommenen geben, nur *subjektiv*; Subjektives (aber) ist fiktiv; Fiktives ist falsch; Falsches ist Irrtum ...

Die Grenzen zwischen Wahrheit und Irrtum sind ebenso verschiebbar wie alle Grenzen, z.B. zwischen warm und kalt. Kalt ist ein solcher Grad der Temperatur, der für uns unzweckmäßig ist, warm der zweckmäßigste Temperaturgrad", zwischen beiden ist objektiv aber nur der Gradunterschied; und subjektiv sind die Unterschiede je nach Disposition und je nach dem Gegenstand, um den es sich handelt, verschiebbar. So ist die Wahrheit eben auch nur der zweckmäßigste Grad des Irrtums, und der Irrtum der zweckmäßigste Grad der Vorstellung, der Fiktion. Unsere Vorstellungswelt heißen wir dann wahr, wenn sie uns erlaubt, am besten die Objektivität zu berechnen und in ihr zu handeln; denn die sogenannte Übereinstimmung mit der Wirklichkeit ist doch endlich aufzugeben" (*ebenda*, S. 192f).

Die amerikanische Variante des Pragmatismus, die sich ihrerseits in den „Instrumentalismus", „Experimentalismus" und „Transaktionalismus" auszweigt, ist die bei weitem bedeutendere. Begründet von *Peirce* wurde der Pragmatismus von *James, Emerson, Mead, Dewey* und *Schiller* weiterentwickelt bzw. akzentuiert, wobei neben den Philosophien *Kants* und *Bergsons* insbesondere auch positivistisches, lebensphilosophisches und utilitaristisches Gedankengut rezipiert wurde[28]. Der Grundgedanke dieser Lehre ist der, daß Begriffe, Apperzeptionen, Urteile usw. ihr jeweiliges Wahrheitskriterium aus ihrer lebenspraktischen Nutzanwendung herleiten. „Wahr" ist demnach das, was sich

durch seine praktischen Konsequenzen als nützlich bewährt. Folgerichtig ist das Denken des Menschen handlungsorientiert, d.h. ein Mittel bzw. „Instrument" zum zweckmäßigsten Umgang mit den Bedingungen des Lebens.

Adler fühlte sich *Dewey* (vgl. *Holub*, 1932) und *James* (vgl. *Adler*, 1927, 1978, S. 13) besonders verbunden[29]. *Deweys* besonderes Interesse galt nämlich der Erziehung und der sozialen Reform, jenem Gegenstandsbereich, der für die Individualpsychologie von zentraler Bedeutung ist. Seine Vorgehensweise war dabei eine ganzheitlich-organismische, die sich scharf gegen den positivistischen Reduktionismus wandte. Auch dies konvergiert mit dem Grundanliegen der Individualpsychologie (vgl. *Grey*, 1954, *Winetrout*, 1958). *James'* Konzeption eines „Willens zu glauben" weist darüberhinaus engste Affinität zu *Vaihingers* Fiktionalismus („Philosophie des ‚als ob'") auf (vgl. *Winetrout*, 1958, S. 14f). Die übrigen Exponenten des amerikanischen Pragmatismus werden von *Adler* hingegen nicht ausdrücklich erwähnt, obwohl z.B. *Meads* Konzeptionen des „Generalisierten Anderen" und der „Rollenübernahme" (vgl. *Mead*, 1974) fast vollständig mit *Adlers* theoretischen Aussagen über das *Gemeinschaftsgefühl*[30] übereinstimmen (vgl. *Morris*, 1965).

5.2 Psychopathologie

Die Individualpsychologie untersucht und erklärt allfällige psychopathologische Erscheinungsweisen grundsätzlich unter Bezugnahme auf den Lebensstil des betreffenden Menschen. Eine sorgfältige „Lebensstilanalyse" (vgl. 6.1) ist daher eine unerläßliche Voraussetzung für sämtliche Interventionen im Rahmen der klinischen Praxis.

Dabei ist davon auszugehen, daß der Lebensstil ein *dialektisches Konzept* darstellt, in dem die Polarität zweier heterogener „Bezugssysteme" zu einer *Synthese* gebracht wird, die nur im Falle von psychischer Gesundheit als „harmonisch" angesehen werden kann (vgl. *Adler*, 1972, S. 83). In allen psychopathologisch relevanten Fällen, namentlich der Neurose, muß diese Synthese als mehr oder weniger mißglückt, als — um den Preis eines sich manifestierenden Symptomgeschehens — „arrangiert" angesehen werden.

Wie an anderer Stelle (vgl. 4.1.4) schon gezeigt wurde, wird das „primäre Bezugssystem" im frühesten Abschnitt der Lebensgeschichte konstituiert, ist mithin der Ausdruck des „kleinen Kindes in uns" (*Adler*). Demgegenüber ist das „sekundäre Bezugssystem" als der Hort des vernünftigen, verantwortungsvollen Erwachsenendenkens anzuse-

hen, entstanden im langwierigen Prozeß der Sozialisation. Aus ihm heraus agiert der „Erwachsene in uns", der auch im Falle einer psychotherapeutischen Behandlung vordergründig „zu Wort kommt", dabei seinen „guten Willen" bekundet und Einsichtsfähigkeit zeigt. Auf ihn allein einzugehen, d.h. alle therapeutisch relevanten Erkenntnisse und Interventionen auf der Ebene rationalen Disputs zu belassen, wäre indes ein verhängnisvoller Irrtum. Dem Therapeuten würde sich nämlich nur die eine Seite der Persönlichkeit seines Patienten offenbaren, während das „kleine Kind in ihm" unberücksichtigt bliebe. Gerade ihm soll aber besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden, ist doch das „Kind der Vater des Mannes", wie *Adler* (vgl. 1974b, S. 12) es zu formulieren pflegte (vgl. auch *Titze*, 1979a, S. 64ff). Dieses „Kind" ist allerdings nicht fähig, die spezifischen Zusammenhänge des „primären Bezugssystems" des Lebensstils (auf die es ja allein bezogen ist) in einer vernünftigen, allgemeinverständlichen Weise zu verbalisieren. Es *handelt* vielmehr entsprechend jenem „Bewegungsgesetz", welches es selbst in einem schöpferischen Akt geschaffen hat, bringt dabei seine je spezifischen Einstellungs- und Apperzeptionsweisen, seine Wünsche und Bedürfnisse auf eine vorsprachlich-unmittelbare Weise „zum Ausdruck", die vom „Erwachsenen in uns" in aller Regel *nicht verstanden* wird. Gerade dieses „Unverständnis" ist es, das den konflikthaften Lebensvollzug des Neurotikers auszeichnet, der einerseits zu den Forderungen der Gemeinschaft „ja" *sagt*, dabei „aber" ganz anders *handelt*:

„Neurotisches Verhalten ist stets ein Verhalten, das durch zwei Wörter ausgedrückt werden kann „Ja-aber". Dieses ist zugleich die beste und leichteste Definition, weil sie sowohl eine Neurose von allen anderen Fehlschlagtypen unterscheidet als auch einen Neurotiker von einem Normalen. Was bedeutet „ja"? Was bedeutet „aber"? ... Unter „ja" verstehe ich, daß der Neurotiker „common sense" anerkennt. Er sieht ein gewisses Problem vor sich und sagt „ja", aber er verfolgt es nicht. Dem „ja" folgt immer das „aber". So leistet er nicht das, was *man* von ihm erwartet" (*Adler*, 1934, S. 11f, zit. nach *Ansbacher, Ansbacher*, 1972, S. 284).

5.2.1 Die Voraussetzungen neurotischer Unausgeglichenheit

Sofern ein Kind in seinen „formativen Jahren" relativ positive Bedingungen vorfindet, ist eine wesentliche Voraussetzung für die Entwicklung einer von Aktivität und Weltzugewandtheit geprägten *mutigen Lebenshaltung* erfüllt. Solche Bedingungen sind dann gegeben, wenn das Kind in einer liebevoll-harmonischen *und* verwöhnungsfreien Familienatmosphäre aufwächst, in der es seine Fähigkeit im allgemeinen und sein soziales Interesse („Gemeinschaftsgefühl") im besonderen entfalten und „trainieren" (*Adler*) kann. Wenn diese

Bedingungen nicht oder nur unzureichend erfüllt werden, ist es relativ wahrscheinlich, daß sich eine passive, distanzierende und ängstliche Lebenshaltung herausbildet. Dies wird ganz besonders dann der Fall sein, wenn das Kind in einer ablehnenden oder inkonsistenten Familienatmosphäre aufwächst, in der es entweder Vernachlässigung erfährt oder aber auch dem „Wechselbad" von herabsetzender Mißachtung und verzärtelnder Überfürsorge ausgesetzt ist. Daraus kann sich ein verstärktes Mißtrauen gegenüber den Mitmenschen („negatives Fremdbild") entwickeln, das mit dem Lebensgefühl eines Menschen einhergeht, der sich in der Welt „nicht heimisch, nicht zugehörig fühlt" (*Adler*). Er sorgt sich folgerichtig in überhöhtem Maße um seine existentielle Sicherheit, was wiederum als die eigentliche Voraussetzung der „neurotischen Angst" zu werten ist (vgl. *Titze*, 1979b, S. 244). Eine weitere Voraussetzung der „neurotischen Unausgeglichenheit" liegt innerhalb des „sekundären Bezugssystems" des Lebensstils begründet. Hier haben sich jene Ideale, Wertmaßstäbe, soziale Sinngebungen und rollenspezifische Verhaltenskodizes in Form von kognitiven Inhalten aussedimentiert, die im Verlauf der Sozialisation „von außen" an das Kind herangetragen wurden. Dabei konnten dressurmäßige Erziehungsakte (etwa bei einer frühen Sauberkeitserziehung) ebenso wirksam werden wie die repressionsfreie Vorgabe moralischer Prinzipien und ethischer Werte, wie sie von den sog. sekundären Sozialisationsagenturen vor dem Hintergrund bestimmter ideologischer Glaubenssysteme vorgenommen wird (vgl. 4.3.1 und *Titze*, 1979b, S. 156ff).

Aus der von *Piaget* (1979) angeregten Forschung über die moralische *Entwicklung* (vgl. *Kohlberg*, 1963, 1973, 1976, 1981, *Lickona*, 1976, *Staub*, 1978, 1982) geht hervor, daß es drei grundsätzliche Niveaus von Moralität gibt, nämlich die „präkonventionelle", auf Gruppendruck beruhende Moralität, die „verinnerlichte Moralität" und die „postkonventionelle (autonome) Moralität". Nur bei der letzteren besteht die Fähigkeit, heterogene und sich potentiell widersprechende normative Setzungen und ethische Forderungen kritisch zu reflektieren und gemäß rationaler, eigenverantwortlicher Prinzipien einem in sich konsistenten „sekundären Bezugssystem" zu integrieren. Nach *Colby* und *Kohlberg* (1979) wird dieses moralische Niveau jedoch nur von einem relativ geringen Teil der Erwachsenen erreicht. Der Rest bleibt auf der Stufe konventioneller Moralität stehen, eine Tatsache, die gerade innerhalb einer pluralistischen und liberalistischen Gesellschaftsordnung wie der unsrigen negative Konsequenzen nach sich ziehen kann: Wer nämlich in einer unkritischen, wenig reflektierten Weise die Vielzahl heteronomer normativer Setzungen und ethischer Gebote übernimmt, wie sie etwa von den verschiedenen Sozialisationsagenturen offeriert werden, läuft Gefahr — im Zeichen von „Gewissenskonflikten" und „Prinzipienlosigkeit" — seinen inneren Halt, seine konsequente Leitlinie zu verlieren. Das Resultat ist die von *Frankl* (vgl. Beitrag) beschriebene „noogene Neurose", die in einer „monolithischen" Gesellschaft, die sich in totalitärer Weise an einer homogenen Ideologie ausrichtet, nicht zum Tragen kommen wird (vgl. *Titze*, 1979, 5. Kap.).

5.2.1.1 Das „gute Gewissen"

Umgangssprachlich wird das „sekundäre Bezugssystem" des Lebensstils gewöhnlich als „Gewissen" bezeichnet. Individualpsychologische Autoren (vgl. *Furtmüller*, 1912, 1983, *Ringel*, 1975) haben diesen Begriff schon zu einem Zeitpunkt verwendet, als die psychoanalytische „Über-Ich"-Theorie noch gar nicht formuliert war (vgl. *Schilder*, 1924, S. 272). Dies war notwendig, da nach individualpsychologischem Verständnis gerade dem sog. *guten* Gewissen eine besondere Bedeutung beim Zustandekommen der neurotischen Unausgeglichenheit zukommt. Nach *Wexberg* (1975, S. 51) geht die neurotische Unausgeglichenheit nämlich auf einen „Widerstreit von Tendenzen verschiedenen moralischen Niveaus" zurück. Im Rahmen einer „guten Erziehung" werden die Äußerungen der „primären Finalität" des Kindes, wie sie in seinem „rücksichtslosen" bedürfnis- und lustorientierten Verhalten ihren Ausdruck finden, gewöhnlich negativ beurteilt und entsprechend sanktioniert. Auf dieser Grundlage wird umgekehrt die „gewissenhafte" Befolgung der von den Erziehern vorgegebenen soziopositiven Forderungen und Sollensnormen entsprechend belohnt. Je stärker sich ein Kind nun in seinem Handeln „von seinem guten Gewissen leiten läßt", desto nachhaltiger wird es die aus dem Bereich seiner „primären Finalität" wirkenden „schlechten Neigungen" unterdrücken müssen bzw. — sofern ihm das nicht gelingen sollte — Entschuldigungen und Rechtfertigungen zu finden haben, um sich vor den Erziehern und den eigenen Geschwistern zu exkulpieren. Dieser „Kunstgriff", trainiert in der Kindheit, ist eine zentrale Methode innerhalb des „neurotischen Arrangements".

„Die kindliche Situation bleibt (damit) im wesentlichen durch das ganze Leben erhalten. Das Gewissen, das zunächst nur die Forderungen der Erwachsenen umfaßte, erscheint dann als Repräsentant der menschlichen Ordnung überhaupt. In ihm manifestiert sich das Wissen des Menschen um die Forderungen, welche die menschliche Gesellschaft ihm stellt. Und soweit er das Produkt einer „guten" Erziehung darstellt, akzeptiert er diese Forderungen in seinem Bewußtsein. Aber wann immer er Absichten verfolgt, die gegen die Gemeinschaft und gegen die Mitmenschen gerichtet sind, kommt er mit sich selbst in Konflikt. Jener Teil seines Ichs, der verantwortungsbewußt den Standpunkt der allgemeinen Moral vertritt, scheint gegen die aus solchen gemeinschaftswidrigen Tendenzen erfolgten Handlungen Stellung zu nehmen. Und in diesem Moment einer scheinbaren Zweiteilung der Zielsetzung, verhält sich der Mensch so, wie er es als Kind seinen Erziehern gegenüber mit Erfolg getan hat: er gebraucht Ausreden" (*Dreikurs*, 1969, S. 67).

Diese Ausreden und Entschuldigungen thematisieren in der Regel die eigene Unzulänglichkeit und Schwäche, die nicht selten mittels (psychosomatischer) Symptome unter Beweis gestellt wird. Denn wer krank und leidend ist, wird beim „besten Willen" nicht jene Verant-

wortung für sein jeweiliges Fehlverhalten übernehmen können, wie dies vom Gesunden erwartet wird.

5.2.1.2 Neurotische Disposition

Zur Neurose *primär* disponiert sind Menschen, deren „Aktionsradius" (*Adler*) *reduziert* ist und die sich durch eine „zögernde Attitüde" (*Adler*) auszeichnen. Es sind dies die eigentlichen Kennzeichen einer grundsätzlichen *Mutlosigkeit*, die ihren Ursprung entweder in einer von Vernachlässigung, Ablehnung und Mißhandlung bestimmten Kindheitssituation hat — oder aber in einer solchen, die durch Überfürsorge, Verwöhnung und „Verzärtelung" geprägt ist. Während das Kind im letzteren Falle in einem „Treibhausklima" aufwächst, in dem es nicht lernen kann, eigenständig Verantwortung zu übernehmen und sich zu behaupten, wächst es im ersteren Falle „wie in Feindesland" auf, stets der schmerzlichen Tatsache seiner existentiellen Gefährdung gewärtig. Wer seine Mitmenschen in diesem Sinne als bedrohliche Feinde erlebt, wird mit einiger Konsequenz ihnen aus dem Wege gehen, sich mithin aus der Gemeinschaft *zurückziehen*. (Dies wird ganz besonders dann passieren, wenn keine Möglichkeit besteht, positive Beziehungen zu Gleichaltrigen herzustellen, wie dies z.B. auf Einzelkinder aus zerrütteten Ehen zutrifft!). In der Folge kann es dann zu einer grundsätzlichen Abkehr von der sozialen Welt kommen, die sowohl auf das Mittel der *äußeren Distanzierung* wie der *inneren Regression* bzw. „Einigelungstendenz" (vgl. *Titze*, 1979b, S. 198) zurückgreift.

Wer als Kind hingegen in einer „verzärtelnden" Familienatmosphäre aufgewachsen ist, hat erfahren, daß die Mitmenschen geeignet und bereit sind, sich in den Dienst seiner individuellen Bedürfnisbefriedigung und damit seiner existentiellen Sicherung stellen zu lassen. (Dies trifft in besonderem Maße auf behinderte und kranke Kinder zu, die einen ganz natürlichen Anspruch auf fürsorgliche Zuwendung zu haben scheinen). Gerade solche Kinder werden jene Methoden bevorzugt „trainieren", die geeignet sind, die hilfsbereite Zuwendung von Bezugspersonen herbeizuführen. Es sind dies die *passiven* „Mittel der Schwäche und Hilflosigkeit", also etwa Tränen („Wasserkraft", *Adler*), Lamentieren, Jammern und Klagen, die Demonstration von (zumeist konversionsneurotischen) Symptomen und schließlich die Zurschaustellung eines infantil-hilflosen Gebarens. Diese Mittel, die übrigens Hand in Hand gehen können mit einem vordergründig charmanten, „becircenden" Verhalten, sind in ontogenetischer Hinsicht als die ursprünglichsten zu werten, da der Säugling z.B. über keine

anderen Möglichkeiten verfügt, als mit Hilfe von Weinen, Schreien oder Wimmern an die Bezugspersonen zu „appellieren", zu der Befriedigung seiner Bedürfnisse beizutragen.

Folgerichtig ist auch das Erscheinungsbild der *hysterischen Neurose* vom infantilen Gebaren der sog. *Appellationstendenz* (vgl. *Titze*, 1979b, S. 138) geprägt, eine Tatsache die sich insbesondere dann unheilvoll auswirken wird, wenn die Umgebung dies als lächerlich, theatralisch-überzogen und abstoßend empfindet und dementsprechend nicht die angestrebte Hilfestellung leistet. In der Regel zieht dies eine Intensivierung des appellativen Verhaltens nach sich, was bis zu selbstschädigenden Akten, etwa demonstrativen Suizidversuchen oder Selbstverstümmelungen führen kann.

5.2.1.2.1 Der Minderwertigkeitskomplex

Menschen, die sich seit ihren frühen Kindheitstagen vornehmlich passiver und distanzierender Mittel der Existenzsicherung bedienen, werden sich in ihrem „Selbstbild" negativer beurteilen als dies bei aktiveren und lebenszugewandten Menschen der Fall ist. Sie sind mutlos, unsicher und ängstlich. Im Vergleich zu ihren Mitmenschen fühlen sie sich *minderwertig*. Nach individualpsychologischer Auffassung empfindet jeder Mensch gewisse *Minderwertigkeitsgefühle*; sie gehören gleichsam zum Leben dazu. Sie sind deshalb nicht von vornherein als „pathologisch" zu werten. Vielmehr stellen sie die ursprüngliche Quelle aller kompensatorischen Leistungen auf dem Wege zu einem „Plus-Zustand" idealer Überlegenheit dar (vgl. 3.1.4 sowie *Brachfeld*, 1953, *Pongratz*, 1983, S. 222ff).

Beim neurotisch disponierten Menschen besteht aber jene Form von *verstärkten* Minderwertigkeitsgefühlen, die eine Kompensation auf der „nützlichen Seite" des Lebens nicht mehr möglich macht. Man spricht in diesem Zusammenhang von einem „Minderwertigkeitskomplex" (vgl. *Ansbacher, Ansbacher*, 1972, S. 246ff).

„Wir sagen, daß ein Mensch an einem Minderwertigkeitskomplex leidet, wenn er auf eine lähmende Situation, ganz gleich ob echt oder eingebildet, fatalistisch reagiert, ohne daß er den Versuch unternimmt, sie zu verändern oder zu verbessern. . . ." (*Alexandra Adler*, 1973, S. 15).

So gehört ein verstärktes Minderwertigkeitsgefühl zu den sichersten Kennzeichen der neurotischen Disposition. Ihm entsprechen jeweils . . . Züge wie Ängstlichkeit, Zweifel, Unsicherheit, Feigheit und verstärkte Züge von Anlehnungsbedürfnis und unterwürfigem Gehorsam . . . Das Minderwertigkeitsgefühl gipfelt schließlich in einem nie versagenden, stets übertriebenen Gefühl des Zurückgesetztseins, und die Aschenbrödelphantasie ist fertig, fertig auch mit ihrer sehnsüchtigen Erwartung der Erlösung und des Triumphes (*Adler*, 1973a, S. 212).

5.2.2 Das „neurotische Arrangement"

In sich geschlossene Systeme streben grundsätzlich nach einem inneren Gleichgewicht, einem „homöostatischen" Ausgleich gegensätzlicher Strebungen. Dieses von *Bernard* (1865, 1957) und *Cannon* (1932, 1963) im physiologischen Bereich nachgewiesene Prinzip (vgl. *Adler*, 1933, *Pongratz*, 1983, S. 208ff)[31] läßt sich auch auf die Einheit des Lebensstils übertragen. Auch hier besteht nämlich die allgegenwärtige Tendenz, Gegensätze und Widersprüche, wie sie sich aus der Heteronomik der beiden Bezugssysteme des Lebensstils ergeben, zu einem synthetischen Ausgleich zu bringen.

Im Falle des neurotisch disponierten Menschen ist nun davon auszugehen, daß ein harmonischer Ausgleich seiner primären und sekundären Strebungen *nicht* von vornherein gelingt. Sein ichhaftbedürfnismäßiges „Wollen" (als Ausdruck der „primären Finalität") impliziert ein Ausweichen gegenüber den Anforderungen des sozialen Lebens im Zeichen einer durch verstärkte Minderwertigkeitsgefühle bestimmten Mutlosigkeit. Demgegenüber ist das gewissenhafte „Sollen" (als Ausdruck der „sekundären Finalität") von einer in der Regel besonders pflicht- und verantwortungsbewußten Leistungsbereitschaft geprägt. Hieraus leitet sich die kennzeichnende neurotische „Unausgeglichenheit" ab, die vom Patienten selbst auch als „innere Zerrissenheit" oder „Spaltung" geschildert werden mag.

Angesichts dieses Dilemmas werden ausgleichende Tendenzen reaktiviert, die schon in der frühen Kindheit wirksam waren. Ihr Zweck liegt darin, die eigene Existenz durch die Mittel von Passivität und Rückzug zu sichern und dieselben gleichzeitig vor dem eigenen strengen Gewissen zu entschuldigen. Hierzu bedarf es aber eines „Alibis" (*Adler*), das durch den „Kunstgriff" eines *Arrangements* objektivierbarer „Gründe" realisiert wird. Es sind dies in aller Regel (neurotische) Krankheitssymptome.

5.2.2.1 Das neurotische Symptom

Der Schaffung des neurotischen Symptoms kommt im Rahmen des *neurotischen Arrangements* zentrale Bedeutung zu. Dabei wird das betreffende Individuum gewöhnlich auf jene Faktoren zurückgreifen, die besonders „naheliegend" sind. Dies ist einmal der allgemeine *körperliche Zustand*, wobei bestehende Organminderwertigkeiten — als *loci minoris resistentiae* — eine besondere Rolle spielen. Zum anderen wird auf jenes symptomatische „Material" zurückgegriffen, das sich im Verlauf der Lebensgeschichte „bewährt" hat (etwa appellative Ver-

haltensweisen aus der Kindheit). Schließlich ist die verstärkte *Lebensangst* des mutlosen Menschen, die eine beständige emotionale und körperliche „Irritation" bewirkt, ein regelrechter „Nährboden" der Symptomentwicklung (vgl. *Neumann*, 1954, S. 163f, *Titze*, 1979a, 1979b, S. 244f)[32].

„In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle ist die Angst des Kindes der Ausgangspunkt der nervösen Entwicklung. Die Angst ist an und für sich beim Kinde noch nicht als neurotisch zu betrachten, sie ist bis zu einem gewissen Grade ... richtiger Ausdruck der kindlichen Minderwertigkeitsposition ... Daß das Kind unter Angst leidet, unterliegt keinem Zweifel. Aber ebenso zweifellos ist, daß es tagsüber alle Vorbereitungen trifft, um nachts reichlich Stoff zur Angst zu haben" (*Wexberg*, 1975, S. 234f).

5.2.2.1.1 Symptomwahl

Vor die Notwendigkeit gestellt, sein Versagen im Leben vor den Mitmenschen und dem eigenen Gewissen zu rechtfertigen, muß der Neurotiker eine „Krankheitslegitimation" (*Adler*) arrangieren und dabei die „richtige Symptomwahl" treffen. *Adler* (1936) bezeichnet diesen Vorgang als ein „Kunstwerk". Vor dem Hintergrund der oben angeführten prädisponierenden Faktoren muß jeweils eine situationsgerechte Entscheidung für das zweckdienlichste Symptom getroffen werden. (Dies geschieht zumeist *unbewußt*. „Simulation" ist für die Neurose untypisch, da sie vor dem eigenen strengen Gewissen nicht bestehen könnte!). Dabei spielt ein auslösender „exogener Faktor" freilich eine nicht zu unterschätzende Rolle. Denn er ist es, der die gleichsam zündende „Schockwirkung" hervorbringt, wie sie als Folge besonders starker Belastungen im sozialen Leben (Niederlagen bzw. Versagen in Beruf, Ehe und Gemeinschaft) zustande kommen kann. In derartigen Lebenssituationen einer (subjektiv) gesteigerten Bedrohung der existentiellen Sicherheit befindet sich der neurotisch disponierte Mensch gleichsam in einem Zustand „erhöhter Alarmbereitschaft". Er „wittert" — um es poulär auszudrücken — überall Gefahren und „hört das Gras wachsen". Auf der Grundlage dieser reduzierten Frustrationstoleranz, die sich regelmäßig in Form von neurovegetativen Irritationen auswirkt, treten jene primären Kognitionen in den Vordergrund, welche die eigene Schwäche, die Bedrohlichkeit der Mitmenschen und die Gefahren des Lebens in besonderer Weise typisieren. Sie konkretisieren sich in Form von „zentralen Gedanken" (vgl. *Titze*, 1979a, 1979b, S. 217ff), in denen eben jener *extrem negative* Sachverhalt thematisiert wird, der anläßlich eines bestimmten traumatischen Erlebnisses (des „Schocks") erstmals so und nicht anders *erlebt* wurde (vgl. *Wexberg*, 1931).

Dabei kann es sich im einzelnen um Versagenszustände wie z.B. einen Schreibkrampf, Sprechstörungen, Lähmungserscheinungen, Schlafstörungen, Ohnmachts- und Schwindelanfälle, aber auch diverse körperliche Sensationen handeln, die als Hinweise auf lebensgefährliche Krankheiten (Krebs, Syphilis, multiple Sklerose usw.) bewertet werden[33].

5.2.2.2 Perpetuierung der „Nervosität"

Sobald sich der entsprechende „zentrale Gedanke" einmal festgesetzt hat, bestimmt er das gesamte kognitive und emotionale Leben des betreffenden Menschen. Um diesen „zentralen Gedanken" baut sich sozusagen das „neurotische Arrangement" auf. Denn „diese Gedanken, die immer im Kopf herumgehen", wie es die betroffenen Menschen schildern, sind geeignet, sowohl Angst als auch körperliche bzw. vegetative Irritationen und Dysfunktionen auszulösen (vgl. *Titze*, 1979a, 1979b, S. 211, 1980). Da diese „zentralen Gedanken" situativ und zeitlich nicht begrenzt sind, werden sie perpetuiert, d.h. bleiben über relativ lange Zeitabschnitte wirksam.

„Was wir an den Symptomen der Nervosität beobachten, die wir einteilen in körperliche Erschütterungen gewisser Organe und in seelische Erschütterungen, Angsterscheinungen, Zwangsgedanken, Depressionserscheinungen, die spezielle Bedeutung zu haben scheinen, nervöse Kopfschmerzen, Errötungszwang, Waschzwang und ähnliche seelische Ausdrucksformen, alle sind Dauersymptome. Sie verharren durch längere Zeit ... Der Ausbruch der nervösen Symptome erfolgt vor einer bestimmten Aufgabe ... Wenn wir uns die Aufgabe gestellt haben, deutlich zu machen, daß tatsächlich immer ein (damit zusammenhängendes, MT) Problem erschütternd wirkt, dann können wir von Schockwirkungen sprechen. Sie können von verschiedener Art sein ... Die Erschütterung ist noch immer kein Zeichen von Nervosität. Sie ist nur dann ein Zeichen von Nervosität und wird Nervosität, wenn sie anhält, wenn sie einen Dauerzustand bildet, wenn der Betroffene sich mit Mißtrauen von jedem Du abwendet, wenn er deutlich zeigt, daß er durch Scheu, Schüchternheit, körperliche Symptome, Herzklopfen, Schwitzen, Magen-Darmerscheinungen, Harndrang immer abgehalten wird, sich irgendwo anderen Menschen zu nähern ...

Es ist keine Frage, das der Betroffene leidet, aber er zieht alle Leiden noch immer jenen größeren vor, um nicht bei der Lösung wertlos zu erscheinen. Er nimmt lieber alle nervösen Leiden in Kauf als die Enthüllung seiner Wertlosigkeit ..." (*Adler*, 1973b, S. 103f).

5.3 Diagnostische Konzepte

5.3.1 Die Einheit der Neurosen und Psychosen

In ihrer letzten Konsequenz dienen sämtliche psychopathologisch relevanten Symptome dem Endzweck der Sicherung des betreffenden Individuums vor Niederlagen auf dem „Hauptkriegsschauplatz des sozialen Lebens" — und damit der Erhaltung eines gewissen Grades

positiven Selbstwertgefühls. Denn wer aus „Krankheitsgründen" *gezwungen* ist, auf einen „Nebenkriegsschauplatz" auszuweichen, kann „guten Gewissens" dem Beispiel *Don Quichottes* folgen und sich in einer privaten Welt einrichten, die den hochgesteckten Zielen seiner Phantasietätigkeit keine Grenzen setzt (vgl. *Schütz*, 1971, Bd. 1, S. 237ff, Bd. 2, S. 102ff, *Shulman, 1980).*

Damit gelangte *Adler* zu einer vereinheitlichenden Sichtweise der „treibenden Kräfte der Neurosen und Psychosen" (vgl. 1974, S. 265). Innerhalb dieses Bezugsrahmens konnte er sodann darangehen, verschiedene *Erscheinungsformen* neurotischen und psychotischen Geschehens zu kategorisieren. Die entsprechenden Bestimmungsmerkmale leiten sich dabei von den Dimensionen *Aktivität* und *Weltzugewandtheit* ab (vgl. *Ansbacher, Ansbacher*, 1972, S. 283). Welcher spezifische Grad an Aktivität bzw. Passivität bei einem bestimmten Individuum vorzufinden ist, ist also diagnostisch ebenso relevant wie die Frage, in welchem Ausmaß es sich (i.S. des *Gemeinschaftsgefühls*) der Welt zuwendet bzw. sich von dieser distanziert. Daraus leiten sich vier grundsätzliche *psychopathologische Kategorien* ab, denen sich diverse nosologische Typen der Schulpsychiatrie subsumieren lassen (vgl. 3.1.1.3).

5.3.1.1 Passivität und antisoziale Weltabgewandtheit

Wer in seinem Lebensvollzug ausgeprägt passiv und weltabgewandt ist, erbringt in der Regel nicht die Voraussetzungen zu einer erfolgreich-eigenständigen Bewältigung seiner Lebensaufgaben. Er ist auf die Obhut und Fürsorge von Mitmenschen angewiesen, die ihm, dem „Pflege- und Behandlungsbedürftigen", zumeist den Status des „psychisch Kranken" zuweisen.

So ist es bei bestimmten Formen der *Schizophrenie* unverkennbar, wie sich eine zunehmende Distanzierung gegenüber der sozialen Realität vollzieht (vgl. *K. Adler*, 1958, 1979, *Shulman*, 1980). Diese „Einigelungstendenz" (vgl. *Titze*, 1979, S. 198) greift auf die Mittel der „Unfreundlichkeit", „Unansprechbarkeit", „Morosität" usw. zurück, wodurch die Mitmenschen „auf Distanz gehalten" werden sollen.

Im Falle schwerer *Depressionen* findet sich ebenfalls ein stark reduzierter Aktivitätsgrad, was oftmals in einem fast vollkommenen Stillstand der vitalen Bewegungen, in einer *Lethargie* resultiert. Diese verstärkte Passivität äußert sich in einer *Verlangsamung* (Retardierung) nicht nur der körperlichen Bewegungen, sondern auch des *Denkens* (vgl. *K. Adler*, 1961).

Eine ausgeprägte Tendenz zur Weltabgewandtheit und Passivität läßt sich ferner auch bei den verschiedenen Unterformen der *Angst*neurose nachweisen (vgl. *Adler*, 1981b, *Ansbacher, Ansbacher*, 1972, S. 284ff).

5.3.1.2 Aktivität und antisoziale Weltabgewandtheit

Der *Zwangsneurotiker* zeichnet sich durch eine verstärkte Rückzugstendenz aus, die auf das Leben auf einem sicheren „Nebenkriegsschauplatz" abzielt. Dort entwickelt er, dem Beispiel *Don Quichottes* folgend, regelmäßig eine große Aktivität, „quält sich emsig" (*Adler*, 1974, S. 203) mit Dingen ab,

„die gar nicht in unsere Welt hineinpassen, offenbar, um die Zeit zu vertrödeln, die Zeit, die ihm als der gefährlichste Feind erscheint, weil sie immer etwas von ihm verlangt, weil sie ihn zur Lösung von Aufgaben veranlaßt, denen er sich nicht gewachsen fühlt" (*Adler*, 1982, S. 88).

Adler rechnet der Zwangsneurose eine Reihe von Aktivitäten zu, die ihrerseits die Bedeutung von „Gegenzwängen" gegenüber den „Zwängen des sozialen Lebens" einnehmen — führen sie doch in einer geradezu hyperbolischen Weise die dort gültigen Regeln und Vorschriften *ad absurdum*. Es sind dies im einzelnen der ...

„Waschzwang, Gebetszwang, moralische Zwangsideen ..., Grübelzwang usw. Man kann vom Standpunkt einer systematischen Einteilung das Gebiet der Zwangsneurose noch erheblich erweitern und findet den gleichen Mechanismus auch beim Symptomengebiet der Enuresis nocturna, bei Nahrungsverweigerung nervöser Natur, Zwangshungern, Perversionen usw." (1974, S. 203).

Ein weiteres Beispiel für eine aktive *actio in distans* (*Adler*, 1974, S. 173) bietet die *Paranoia*, die durch „umfängliche, gedankliche, meist gleichzeitig aktive Operationen auf einem Nebenkriegsschauplatz des Lebens" (*Adler*, 1974, S. 274) gekennzeichnet ist.

5.3.1.3 Passivität und ichbezogene Weltzugewandtheit

Die *hysterische Neurose* bringt in paradigmatischer Weise die Lebensmethode eines Menschen zum Ausdruck, der sich selbst für unfähig hält, seine alltäglichen Probleme und Aufgaben eigenständig zu lösen. Er erwartet deren Lösung von den Mitmenschen, die er mittels einer grundlegenden „Appellationstendenz" in seinen „Dienst zu stellen" versucht (vgl. 5.2.1.2).

Es kann in diesem Zusammenhang insbesondere zum „Arrangement" von *konversionsneurotischen* bzw. *psychosomatischen* Symptomen kommen (z.B. Verkrampfungs- und Lähmungszustände, Hyperventilationstetanie, Tics und sensorische Ausfälle). Ist aber die-

ses Stadium erst einmal erreicht, wird dem Leidenden — „passiv" heißt wörtlich übersetzt nichts anderes als „leidend"! — jene Zuwendung und Obhut zuteil, derer er so sehr bedarf, auch wenn sie ihm „nur" von professionellen Helfern, d.h. Ärzten und Krankenschwestern entgegengebracht wird.

Adler (1982b, S. 162) weist darauf hin, daß sowohl bei der Hysterie als auch den verschiedenen psychosomatischen Störungen der entsprechende appellative „Organdialekt" eine Funktion des zugrundeliegenden Lebensstils ist. Denn die hier entstehende „Erregung" wird

„weitergeleitet in verschiedenster Art, nach der Eigenart des Individuums, nach der Eigenart der Organe, die in Vibration geraten. Bei allen diesen Erregungen kommt der gesamte Organismus in Erregung; wir können es nur an den Stellen feststellen, wo sich die Irritation deutlicher zeigt" (*Adler*, 1934, S. 69).

In diesen Fällen ist der Leib gleichsam das universale Kommunikationsorgan eines passiven und entmutigten Menschen, der sich an seine Mitwelt wendet, um ihr mitzuteilen, daß sie ihm Zuwendung, Hilfe und Verständnis entgegenbringen soll (vgl. auch *Titze*, 1980).

5.3.1.4 Aktivität und ichbezogene Weltzugewandtheit

Dieser Kategorie sind jene „Fehlschlagstypen" zuzuordnen, die auf der „unnützen Seite des Lebens" in einer aktiven und „aggressiven" Weise ihr Handeln auf das Ziel persönlicher Überlegenheit ausrichten. Diese Menschen haben in aller Regel ein nur unzureichend entwickeltes Gemeinschaftsgefühl, handeln also im eigentlichen Sinne des Wortes „gewissenlos".

Hierzu sind namentlich die sog. *Psychopathen* zu zählen, dann auch *sexuell Pervertierte* und nicht zuletzt *Kriminelle*.

„Der Verbrecher ... hat sich einen gewissen Tatendrang bewahrt und richtet diesen auf die nutzlose Seite des Lebens. Dort beträgt er sich tätig genug, und bis zu einem bestimmten Grad kann er hier Gemeinschaft halten mit jenen, die er als seinesgleichen betrachtet. Dadurch unterscheidet er sich vom Neurotiker, vom Selbstmörder und Trinker ...

Der Verbrecher verbringt seine Zeit damit, seine Gedanken und Gefühle auf seine verbrecherischen Handlungen vorzubereiten. Er plant während des Tages und träumt während der Nacht, wie er in einem Anlauf die Überreste seines Gemeinschaftsgefühls zerschlagen könnte (*Adler*, 1979b, S. 182).

Menschen, die dieser Kategorie zufallen, haben gewöhnlich keinen nennenswerten „Leidensdruck", sie sind daher auch besonders behandlungsresistent. Denn im Gegensatz zum Neurotiker plagt sie zumeist kein „schlechtes Gewissen", benötigen sie keine unbewußt wirkenden Arrangements, um sich ein Alibi, eine Rechtfertigung für ihr Handeln zu verschaffen. Deshalb muß der therapeutische Umgang

mit diesen Menschen ganz von der Maxime geleitet sein, ihnen eine prosoziale Einstellung zu vermitteln, die sich am ethischen Regelsystem des Gemeinschaftslebens orientiert. *Adler* war davon überzeugt, daß dies im Rahmen des üblichen Strafvollzugs jedoch nicht realisierbar ist (vgl. 1979b, S. 157ff).

6. Praxis der Psychotherapie

Der Lebensvollzug eines Menschen, der sich in Psychotherapie begibt, ist durch eine *Konfliktlage* gekennzeichnet. Sie läßt sich sowohl in subjektiver als auch in objektiver Hinsicht bestimmen, da der sog. Neurotiker nämlich auf Dauer unfähig ist, sein „Streben nach Selbstverwirklichung" (vgl. *Dreyfus, Nikelly*, 1978) mit den Forderungen der sozialen Welt, in deren Mitte er lebt, in Einklang zu bringen.

Die individualpsychologische *Psychotherapie* zielt indes allein auf die Aufdeckung und Modifikation der spezifischen Bedingungen aus dem *subjektiven* Bereich dieser Konfliktlage ab. Sie schlägt damit einen „agogischen" Weg ein, der sich von der Vorgehensweise einer erziehenden „Lebensberatung" dahingehend unterscheidet, daß sie keine korrektiven Richtlinien für eine „bessere Anpassung" an die realen Bedingungen des sozialen Lebens vorgibt, d.h. auf die Vermittlung sog. sozialer Kompetenzen verzichtet. Dies ist alleiniger Gegenstand der individualpsychologischen *Beratung*, wie sie im Rahmen von Heilpädagogik, Schulerziehung, Ehe- und Erziehungsberatung u. dgl. angewandt wird (vgl. 7.2).

„Wenn ich es vermeide, während des ganzen Verlaufs einer Behandlung dem Patienten auch nur einmal den geringsten Rat zu erteilen, so tue ich das nur, ... weil ich gar nicht berechtigt bin, das praktische Verhalten des Patienten zu dirigieren, es sei denn in den Dingen, die ich durch Fachwissen besser verstehen muß als er. So werde ich ihm gewiß gerne mit meinem Rat behilflich sein, wenn er einen Zahnarzt braucht usw.; aber wenn er mich fragt, ob er sich von seiner Frau scheiden lassen soll oder ob er bei ihr bleiben soll (enthalte ich mich)." (*Wexberg* 1975, S. 318, vgl. auch *Ringel*, 1975, S. 235).

6.1 Lebensstilanalyse

Die sog. *Lebensstilanalyse* ist die Voraussetzung für sämtliche diagnostischen und kurativen Maßnahmen der individualpsychologischen Therapie[34]. *Adler* weist dem Psychotherapeuten dabei die Funktion eines *Kunstkenners* zu, der sich durch „künstlerische Versenkung, durch intuitive Einfühlung" (1974a, S. 58) in das „Kunstwerk" des Lebensstils eines Patienten „versenken" soll, dabei den umfassenden Lebensplan und das spezifische „Bewegungsgesetz" dieses Menschen „erratend".

„Bis in die neuere Zeit waren es hauptsächlich Dichter, denen es am besten gelang, dem Lebensstil eines Menschen auf die Spur zu kommen. Was unsere Bewunderung für ihr Werk aufs höchste steigert, ist ihre Fähigkeit, den Menschen als ein unteilbares Ganzes leben, sterben und handeln zu lassen im engsten Zusammenhang mit den Aufgaben seines Lebenskreises. Diese Fähigkeit war immer die Gabe des Erratens. Nur auf diese Weise konnten sie dazu kommen zu sehen, was hinter und zwischen den Ausdrucksbewegungen steckt: das Bewegungsgesetz des Einzelnen. Manche nennen diese Gabe „Intuition" und glauben, daß sie nur den allerhöchsten Geistern vorbehalten ist. Diese Gabe ist in Wirklichkeit die allermenschlichste. Jeder übt sie unausgesetzt im Chaos des Lebens, in der Unergründlichkeit der Zukunft" (*Adler*, 1973b, S. 33).

6.1.1 Therapeutische Atmosphäre

Von Anfang an soll der Therapeut bemüht sein, dem Patienten eine Atmosphäre zu vermitteln, die von Offenheit, Aufrichtigkeit, Wärme und mitmenschlicher Anteilnahme erfüllt ist (vgl. *Nikelly, O'Connel*, 1978). *Adler* verzichtete deshalb auf die Festsetzung eines bestimmten Setting und erlaubt dem Patienten nach Gutdünken, zu sitzen, auf einer Couch zu liegen oder auch auf und ab zu gehen (vgl. *Adler*, 1973b, S. 173, *Brown*, 1969, S. 42).
Großer Wert wird nicht zuletzt darauf gelegt, das „Spannungsniveau in der Behandlung" (*Adler*, 1973b, S. 179) dadurch niedrig zu halten, daß der Therapeut dem Patienten grundsätzlich *humorvoll* gegenübertritt.

„Ich habe es geradezu zu einer Methode entwickelt, fast jedem Patienten zu sagen, daß es Scherze gibt, die der Struktur seiner eigenartigen Neurose vollkommen gleich sind, daß letztere also auch leichter genommen werden kann als er es tut ... Hinweise auf Fabeln, auf Aussprüche von Dichtern und Philosophen helfen mit, das Vertrauen in die Individualpsychologie und in ihre Auffassungen zu stärken" (*ebenda*).

6.1.2 Das Erstinterview

Das Erstinterview bietet dem Therapeuten die beste Gelegenheit, sich ein Bild vom reinen *Ausdrucksverhalten* des Patienten zu machen:

„Der Blick, die Gangart, die Stärke oder Schwäche der Annäherung des Patienten können (nämlich) viel verraten. Hat man sich an die Regel gewöhnt, etwa einen bestimmten Platz anzuweisen, einen Diwan, eine ganze bestimmte Zeit einzuhalten, so entgeht einem vieles. Die erste Begegnung soll schon eine Prüfung in aller Unbefangenheit sein. Schon die Art des Händedrucks kann den Blick auf ein bestimmtes Problem lenken ..." (*Adler*, 1973b, S. 173, vgl. auch *Wexberg*, 1928).

Adler empfiehlt in diesem Zusammenhang, auf eine starre Sitzordnung zu verzichten, um dem Patienten die Gelegenheit zu geben, einen bestimmten Platz zu wählen.

„Man kann seine Schlußfolgerungen schon aus der (vordergründig) unbedeutenden Tatsache ziehen, ob jemand sich näher oder weiter weg setzt." (*Adler*, 1932, 1964, S. 193).

6.1.2.1 Anamneseerhebung

Nachdem die Voraussetzungen für eine entspannte und freundliche Atmosphäre (vgl. 6.1.1) geschaffen wurden, beginnt die eigentliche *Anamneseerhebung*. Sie ist zunächst auf die „subjektive Situation" des Patienten bezogen. Hierzu gehören die aktuellen Beschwerden und Symptome ebenso wie allfällige Lebensprobleme und spontan geäußerte Klagen. Danach wendet sich der Therapeut der „objektiven Situation" zu, um abzuklären, „wie der Klient in solchen grundlegenden Lebensbereichen wie dem den Berufslebens, der Freundschaft und der heterosexuellen Beziehungen funktioniert" (*Eckstein, Baruth, Mahrer*, 1975, S. 3, vgl. *Neumann*, 1954, S. 220f).

In diesem Zusammenhang kann der *individualpsychologische Fragebogen herangezogen* werden, der eine systematisierte Zusammenstellung wichtiger Ansatzpunkte zur Objektivierung der Lebenssituation des Patienten enthält (vgl. *Müller*, 1973, S. 166ff, *Titze*, 1979b, S. 263ff).

6.1.2.1.1 Die „Vermeidungsfrage"

Nachdem der Patient Angaben über seine spezifische Symptomatik gemacht hat, stellt ihm der Therapeut die Frage: „Was würden Sie beginnen, wenn ich Sie in kurzer Zeit heilen würde?" (*Adler*, 1974a, S. 136). Die Beantwortung dieser Frage gibt einen ersten Aufschluß über den *Zweck der Symptome*, der sich im allgemeinen auf das Ausweichen vor bestimmten Lebensaufgaben bezieht (vgl. 5.2.2, *Neumann*, 1954, S. 227). Es wird mithin ...

„unverrückbar ein betontes „wenn ..." (enthüllt). „Ich würde meine Prüfung ablegen, wenn ..." „Ich würde heiraten, wenn ..." „Ich würde meine Arbeit aufnehmen, wenn ..." usw. Der Neurotiker hat immer mehr oder weniger plausible Gründe zur Hand, um seine Flucht vor den Forderungen des Lebens zu rechtfertigen, aber er weiß nicht, was er tut" (*Adler*, 1981, S. 88).

6.1.3 Ermittlung des „individuellen Apperzeptionsschemas"

In den folgenden Sitzungen versucht der Therapeut, die Grundstruktur jenes „individuellen Apperzeptionsschemas" zu ermitteln, das den Kern des „primären Bezugssystems" des Lebensstils bildet (vgl. 4.1.4.1). Es ist dabei notwendig, ein möglichst umfassendes Bild von eben den *Rahmenbedingungen* zu gewinnen, zu denen der Patient als Kind einst urteilend und wertend Stellung nahm (vgl. 4.2). Im folgenden sind die wichtigsten dieser Bedingungen aufgeführt.

6.1.3.1 Die Familienkonstellation

Die Gesamtheit jener Erfahrungen bzw. Erlebensweisen, die ein Mensch in Rahmen seines ursprünglichen familiären Milieus gewonnen hat, prägen in entscheidendem Maße sein „individuelles Apperzeptionsschema" bzw. den hieraus abgeleiteten primären Lebensplan (vgl. 4.1.1). Es wird daher größer Wert auf die Ermittlung der spezifischen Interaktionsmodi gelegt, wie sie zwischen den einzelnen Familienmitgliedern in den „formativen Jahren" des Patienten bestanden. Dies schließt die Beziehungen zu den Eltern ebenso ein wie jene, die innerhalb der Geschwisterreihe (vgl. 4.2.2.2.1, sowie *Shulman*, 1962, 1973, S. 45f) zum Tragen kommen. Dabei ist eine „nüchterne" soziometrische Bestandsaufnahme durchaus nicht anzustreben. Vielmehr soll der Patient in einer ausgesprochen subjektivierenden Weise jene affektiven Erlebnisqualitäten beschreiben, die in diesem Zusammenhang „atmosphärisch" wirksam waren. (Vgl. 4.2.2.1). Die vorhandenen Handreichungen (in Form von „strukturierten Interviews", vgl. *Eckstein, Baruth, Mahler*, 1975, *Dreikurs*, 1980, S. 26ff, *Neumann*, 1954, S. 221ff, *Titze*, 1979b, S. 271ff) stellen lediglich grobe Orientierungshilfen dar, die insbesondere dem Anfänger dienlich sein können.

6.3.1.2 Ersterinnerungen

Die Interpretation der frühesten Kindheitserinnerungen gehört mit zu den wichtigsten Voraussetzungen der Lebensstilanalyse. Darüberhinaus handelt es sich hierbei um ein vorzügliches diagnostisches Hilfsmittel, das in der individualpsychologischen Literatur als eine „projektive Technik" ausgewiesen ist (vgl. *Borden*, 1982, *Brodsky*, 1952, *Dreikurs-Ferguson*, 1964, *Kadis, Greene, Freedman*, 1952, *Lord*, 1979, *Mosak*, 1958).

„Die Bedeutung der frühen Kindheitserinnerungen ist eine der wichtigsten Entdeckungen der Individualpsychologie, denn sie hat damit in der Wahl dessen, was am längsten erinnert wird, das unbewußte Ziel aufgezeigt, auch wenn die Erinnerung selbst ziemlich bewußt ist oder auf Befragen leicht erinnert wird. Richtig verstanden, geben uns diese bewußten Erinnerungen Einblicke in die Tiefen der Psyche, die genauso weit reichen wie jene Tiefen, die sich plötzlich während der Behandlung im Unbewußten auftun" (*Adler*, 1981b, S. 134; vgl. *Adler*, 1933c, 1979b, S. 64f).

6.1.3.2.1 Darstellung „primärer Meinungen" mit Hilfe von Ersterinnerungen

Ersterinnerungen stellen zum einen genuin „primäres Material" dar, da sie bestimmte Lebenssituationen aus den „formativen Jahren" beinhalten. Zum anderen handelt es sich bei ihnen gleichsam um „Hologramme" (vgl. *B. Titze*, 1983), die — *pars pro toto* — das ganzheitliche

Wesen des „primären Bezugssystems" des Lebensstils allegorisch zum Ausdruck bringen.

Die Aufgabe des Therapeuten besteht darin, das konkrete Bildmaterial der Ersterinnerungen zu „typisieren", d.h. in einen Verweisungszusammenhang mit eben jenen (abstrakten) verbalen Kategorien zu bringen, die als „Meinungen" bezeichnet werden. Der Patient wird also aufgefordert, solche *Merkmale* (Attribute, Eigenschaften) zu benennen, die von den konkreten Konstituenten der betreffenden Erinnerung „getragen" werden (vgl. *Titze*, 1979b, S. 283).

Der Therapeut stellt dem Patienten in diesem Zusammenhang zunächst die Frage: „Wie sind Sie selbst in dieser Erinnerung, wodurch sind Sie, ist Ihr Handeln *gekennzeichnet*?" Die Beantwortung dieser Frage erfolgt in Form ichbezogener Formulierungen („Ich bin . . ."), die in ihrer Aussage jeweils mit einer lebensstiltypischen Meinung äquivalent sind, und zwar in diesem Fall einer Konstituenten des *Selbstildes* (vgl. 4.1.3). In entsprechender Weise werden ermittelt das *Fremdbild* („Wie sind die Anderen usw."?), das *Weltbild* („Wie ist die Umwelt usw.?") und das *Lebensgefühl* („Wie ist das Leben usw.?").

Danach wird der Patient gefragt, was er im Rahmen der betreffenden Erinnerung erreichen wollte und mit welchen Mitteln er dies realisiert hatte. Damit soll festgestellt werden, welche *Ziele* er verfolgte und welche *Methoden* er dabei anwandte.

Eine Exemplifizierung dieser Vorgehensweise findet sich bei *Titze*, (1979b, S. 284ff; vgl. ferner *Eckstein, Baruth, Mahrer*, 1975, S. 27ff).

6.1.3.3 Kindheitsphantasien (Tagträume), wiederkehrende Träume, Lieblingsgeschichten

Weiteres Material zur Ermittlung primärer Meinungen bzw. Zielvorstellungen stellen die „wiederkehrenden" Phantasien, Tag- und Schlafträume aus der frühen Kindheit ebenso dar wie die bevorzugten Märchen, Fabeln, biblischen Geschichten usw. Sie werden in derselben Weise interpretiert wie die frühesten Kindheitserinnerungen (vgl. dazu *Titze*, 1979b, S. 287f).

6.1.4 Die Rekonstruktion der Sozialisationseinflüsse

Jedes Kind wird im Verlauf seiner „Sozialisation" (vgl. 4.3) mit einer Fülle von spezifischen normativen Inhalten seitens seiner Erzieher konfrontiert. Sie werden mehr oder weniger umfassend „verinnerlicht" und konstituieren dabei das „sekundäre Bezugssystem" des Lebensstils (vgl. 4.1.4.2). Die Aufgabe des Therapeuten besteht darin, die Bedingungen dieses Prozesses in sorgfältiger Weise zu rekonstruieren.

6.1.4.1 Auswirkungen der Elementarerziehung

Das Kleinkind wird von seinen Bezugspersonen, in der Regel den Eltern, zum Befolgen elementarer „Benimm-Regeln" angehalten. Es wird ihm etwa beigebracht, bestimmte Prinzipien der Sauberkeit, der Regelhaftigkeit des Tagesablaufs, der Nahrungsaufnahme usw. zu befolgen. Dies geschieht zwangsläufig auf der Grundlage von *Dressurakten*, da das Kleinkind noch nicht über die rationalen Voraussetzungen zur Einsicht in die Hintergründe solcher Maßnahmen verfügt. Gerade bei Neurotikern läßt sich nun regelmäßig feststellen, daß die Vermittlung derartiger „Dressate" (vgl. *Titze*, 1979b, S. 156ff) in einer besonders rigiden und unnachsichtigen Weise vonstatten ging. Der Erwachsene steht dann auch weiterhin „unter dem Zwang", bei den Belangen seines elementaren Lebensvollzugs besonders skrupulös und pedantisch zu verfahren, mag es sich dabei nun um Sauberkeit, Ordnung oder auch Geldangelegenheiten handeln[35].

Somit ist es unerläßlich, sich ein möglichst genaues Bild der elterlichen Lebensstile vermitteln zu lassen, durch die die spezifische *Familienatmosphäre* (vgl. 4.2.2.1 sowie *Titze*, 1979, 99ff) in der Kindheit des Patienten entscheidend geprägt wurde. Es ist in diesem Zusammenhang sinnvoll, die bestimmenden *Familienmottos (vgl. Titze*, 1979b, S. 120f, S. 296) zu eruieren, da hierdurch eine schlagwortartige Erhellung der Grundeinstellungen der Eltern möglich wird[36]. (Mit diesen Mottos kann der Patient im weiteren Verlauf der Therapie immer dann konfrontiert werden, wenn er in Übereinstimmung mit den entsprechenden Dressaten handelt).

6.1.4.2 Auswirkungen der außerfamiliären Sozialisation

Jeder Mensch gelangt im weiteren Verlauf seiner Lebensgeschichte auch in den Einflußbereich außerfamiliärer „Sozialisationsagenturen" (Kindergarten, Verwandte, Schule, Jugendgruppen, religiöse und politische Verbände, Lebenspartner, Medien usw.). Sie stellen grundsätzliche Quellen der Vermittlung von spezifischen sekundären Meinungen (vgl. 4.3.3, 4.3.4) dar, die der bewußten Einsichtnahme (etwa im Rahmen von „inneren Selbstgesprächen") jederzeit zugänglich sind. Gewöhnlich werden die entsprechenden Inhalte in ihrer spezifischen Wertigkeit und normativen Aussage verabsolutiert, so daß sie „zu ernst genommen" und nicht i.S. einer kritischen Hinterfragung relativiert werden können.

Deshalb muß der Therapeut größten Wert auf die Ermittlung eben jener Werte, normativen Setzungen, Glaubensinhalte, ethischen Über-

zeugungen, Wahrheitsbegriffe u. dgl. mehr legen, die in Form entsprechender Meinungen bzw. Ideale einen Anteil des sekundären Bezugssystems des Lebensstils eines Patienten konstituieren. Ihre Herleitung von den verschiedenen meinungsbildenden Instanzen ermöglicht ihm einen unmittelbaren Einblick in die Entstehungsgeschichte dieser kognitiven Inhalte. Dies wiederum ist eine wesentliche Voraussetzung für eine Relativierung „unangemessener sozialer Werte" (vgl. *Dreikurs*, 1980, S. 116f), im Akte einer entweder bejahenden oder aber verneinden Stellungnahme. Sie ist die eigentliche Bedingung für den Erwerb eines selbstbestimmten „personalen Gewissens" (vgl. *Ringel*, 1975, S. 109ff), in dessen Rahmen die von *Kohlberg* (1976) beschriebene Stufe einer „postkonventionellen (autonomen) Moralität" erreicht wird. Diese ermöglicht wiederum jene Art „rationaler Lebenshaltung", die auch *Ellis* (vgl. 1977) als notwendige Bedingung für psychische Gesundheit beschreibt (vgl. *Titze*, 1981, S. 75f).

6.1.4.2.1 Die Ermittlung von „sekundären Meinungen"

Im Gegensatz zu primären kognitiven Inhalten lassen sich die Konstituenten des „sekundären Bezugssystems" des Lebensstils, die in verbalisierter Form vorliegen, in einer unmittelbaren Weise ermitteln. Sie bilden, als die subjektiven Korrelate eines umfassenden sozialen Regelsystems, den bevorzugten Gegenstand solcher Aussagen, die in formaler Hinsicht durch einen „fordernden" Charakter gekennzeichnet sind. Folgerichtig werden sie in einer apodiktischen Form geäußert, die die universale Konventionalität der sozialen Welt durch Verwendung typischer indefiniter Personalpronomina („man", „es") zum Ausdruck bringt. (Beispiele: „*Man* muß das tun, was die Leute von einem erwarten!", „*es* gehört sich nicht, sich in Gesellschaft gehen zu lassen!", „*man* soll (darf, kann) doch nicht einfach das machen, wozu man Lust hat!", „wo käme *man* hin, wenn jeder seinem Vorgesetzten widersprechen würde!" usw.)[37].

„Sekundäre Meinungen" lassen sich zunächst dadurch ermitteln, daß der Patient aufgefordert wird, allgemein zum Problem der „Lebensaufgaben" Stellung zu nehmen. Ferner können die strukturierten Testfragen zum moralischen Urteil, wie sie von *Kohlberg* und seinen Mitarbeitern (vgl. *Kohlberg*, 1976) erarbeitet wurden, zur Beantwortung vorgegeben werden. Dadurch kann eine erste, noch rudimentäre Bestimmung des „sekundären Bezugssystems" des Lebensstils vorgenommen werden, die im weiteren Verlauf der therapeutischen Gespräche zu vervollständigen ist.

6.1.5 Allgemeine Prinzipien der Lebensstilanalyse

Die Lebensstilanalyse reicht über die eigentliche anamnestische Phase, in der die Grundstruktur des Lebensstils erarbeitet wird, weit hinaus: sie durchwirkt als ein durchgehender Strukturierungsprozeß den gesamten Therapieverlauf. Formal gesehen handelt es sich dabei um die *Typisierung* des im Hier und Jetzt vom Patienten eingebrachten konkreten „Materials", mag dieses nun nonverbaler oder verbaler Art sein. Während nonverbale Äußerungen („Ausdrucksverhalten", Gewohnheiten und Stereotypien, Fehlhandlungen usw., vgl. *Wexberg*, 1975, S. 26ff) einer entsprechenden Analyse unmittelbar zugänglich sind, sind die Verbalisierungen grundsätzlich als nur bedingt verwendbar zu erachten. Vielfach neigen Patienten nämlich dazu, auf einem ausgesprochen hohen Abstraktionsniveau zu argumentieren, ihre Aussagen stark zu verallgemeinern bzw. aus dem aktuellen Erlebenszusammenhang loszulösen (Beispiele: *„Manchmal* geht mir mein Mann auf die Nerven", *„in letzter Zeit* habe ich mich wieder ganz schlecht gefühlt", „in meinem Kopf ist es wie in einem Bienenschwarm" usw.). Der Therapeut sollte in solchen Fällen auf einer Konkretisierung solcher Aussagen bestehen (*„Wann* geht Ihnen Ihr Mann auf die Nerven?", *„Bei welcher Gelegenheit* fühlen Sie sich besonders schlecht?", *„Welche* Gedanken gehen durch Ihren Kopf?").

Das Grundprinzip, von dem in diesem Zusammenhang unbedingt auszugehen ist, besagt somit: *Nur konkretes Material kann typisiert, d.h. den übergreifenden Verweisungszusammenhängen eines das Hier und Jetzt abstrahierenden Apperzeptionsschemas zugeordnet werden.* Verbale Äußerungen sollen demzufolge in zeitlicher und räumlicher Hinsicht spezifiziert, d.h. beispielhaft erläutert werden.

6.1.5.1 „Freie Thematisierung"

Jede konkretisierte Äußerung des Patienten besitzt insofern die Bedeutung einer *Singularisierung* bestimmter thematischer Verweisungszusammenhänge, als sie *Merkmale* (Eigenschaften, Attribute) gewisser *Typen* „trägt", die ihrerseits spezifische Themata zum Ausdruck bringen. Distinkte Äußerungen, wie etwa Erinnerungen, Träume, „zentrale Gedanken" oder Zukunftsphantasien können somit „Träger" identischer Merkmale sein, die auf ein und dasselbe Thema verweisen.

Dies sei an folgendem Beispiel erläutert:

Ein Patient klagt über massive Angstzustände, die erstmals in einer *bedrückenden* beruflichen Situation aufgetreten sind. Eine Früherinnerung bringt die *beengende* Gefühlsqualität zum Ausdruck, die er empfand, als er von Spielkameraden in einen Klei-

derschrank eingesperrt worden war. In seinen Träumen sieht er sich von Ungeheuern verfolgt, denen er nicht entfliehen kann, weil er wie *gelähmt* ist. Seine „zentralen Gedanken" gehen mit Phantasien einher, die auf peinliche Situationen bezogen sind, denen er *hilflos ausgeliefert ist.*

Die hier angeführten Einzelsituationen „tragen" Merkmale, die das lebensstiltypische Thema der *Auswegslosigkeit* in übereinstimmender Weise beinhalten. Diese Thema prägt das „Selbstbild" des Patienten („Ich bin hilflos") ebenso wie sein „Fremdbild" („Die Anderen engen mich bedrohlich ein") und sein „Weltbild" („Das Leben ist voller Unfreiheit"). Diese lebensstiltypische Thematisierung bietet den Schlüssel zu einer weiterreichenden Bestimmung der konkreten Lebenssituation des Patienten. Dies geschieht, indem der Therapeut den Patienten auffordert, die entsprechenden Merkmale zu „übertragen" (*„In welcher Situation fühlen Sie sich besonders hilflos, wann und durch wen werden Sie bedroht, bei welcher Gelegenheit fühlen Sie sich besonders unfrei?" usw.*).
Die „freie Thematisierung" zielt somit auf eine systematische Bestimmung jener Verweisungsbezüge ab, die den konkreten Lebensvollzug eines Menschen aus dem Blickwinkel des typischen Sinnzusammenhangs seines Lebensstils „verstehbar" machen. Der Patient selbst kann dabei lernen, daß jede einzelne seiner Vitaläußerungen, mag es sich dabei um bestimmte Handlungsweisen, Gefühlsqualitäten, um Gedanken, Phantasien oder Träume handeln, stets auf das Ganze des Lebensstils verweist, mithin dessen typische Logik „sinnvoll" zum Ausdruck bringt.

Die „freie Thematisierung" kann als Fundamentalmethode therapeutischer Gesprächsführung im übrigen auch außerhalb der eigentlichen Lebensstilanalyse als spezielle Technik angewandt werden. Dies trifft insbesondere auf die Traumdeutung zu (vgl. *Titze*, 1979b, S. 298ff, *B. Titze*, 1983).

6.1.5.2 Die Sprache des Therapeuten

Der Therapeut muß von Anfang an bestrebt sein, sich dem Patienten unmittelbar verständlich zu machen (vgl. *Spiel*, 1967, S. 42ff). Er soll daher sämtliche Sachverhalte, die im Gespräch thematisiert werden, durch konkrete Beispiele spezifizieren. Die Verwendung von abstrakten Formulierungen und Allgemeinplätzen, zu denen viele Patienten selbst neigen, soll tunlichst vermieden werden, da dies in der Regel zu nichtssagenden „leeren Diskussionen" (*Binswanger*) führt. Die Methode der „freien Thematisierung" ist aber nur dann anwendbar, wenn von *konkreten Singularisierungen* thematischer Zusammen-

hänge ausgegangen wird. An dieser grundlegenden Voraussetzung des therapeutischen Verstehensprozesses muß sich der Therapeut ebenso wie der Patient orientieren.

„Nicht selten sucht ein unerfahrener Praktiker dem Patienten die Theorien der Individualpsychologie in Sätzen beizubringen wie: „Ihnen fehlt es an Gemeinschaftsgefühl, sie haben keinen sozialen Mut, sie fühlen sich minderwertig" usw., Sätze, die schlimmer als nutzlos sein können. Eine wahre Erklärung muß so klar sein, daß der Patient in ihr sofort seine eigene Erfahrung erkennt und fühlt" (*Adler*, 1981b, S. 90).

Somit wird sich der Therapeut eben jener Sprache befleißigen, die seit alters her in der „Seelenheilkunde" verwendet wurde. Es ist die Sprache der Gleichnisse, Allegorien, Fabeln, wie sie von den Propheten der Hochreligionen (vgl. die Bibel), von Schamanen und Medizinmännern (vgl. *Ellenberger*, 1973, Bd. 1, *Castaneda*, 1973, 1975), ostasiatischen Zenmeistern (vgl. *Suzuki*, 1949, 1956), mittelalterlichen Mystikern (vgl. *Meister Eckhardt*, 1980) oder eben auch den Vertretern einer „Verstehenden Psychotherapie" gebraucht wird. *Adler* (1973b, S. 179) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, daß die Verwendung von Sprichworten, Scherzen und Anekdoten, von Fabeln und Hinweisen auf lebensgeschichtliche Zusammenhänge bei historischen Personen dem Zwecke einer Spezifizierung thematischer Sachverhalte dienlich sein kann. Darüberhinaus eignen sich insbesondere auch die („aktionalen") Mittel des Stegreiftheaters bzw. Rollenspiels zur Spezifizierung solcher Sachverhalte (vgl. *Corsini*, 1966, *Nikelly, O'Connel*, 1978, *Petzold*, 1982, *Starr*, 1977).

6.2 Die Modifikation des Lebensstils

An die explorative, „verstehende Einsicht" vermittelnde Phase der Lebensstilanalyse schließt sich jene der *Modifikation* an[38]. Es geht nunmehr darum, die konfliktträchtigen Voraussetzungen der „neurotischen Unausgeglichenheit" (vgl. 5.2.1) aufzulösen. Dabei handelt es sich um bestimmte Kognitionen, die den Strebungen des betreffenden Menschen eine jeweils verabsolutierte „Begründung" geben. Bei der Lebensstilanalyse wurde der Tatsache Rechnung getragen, daß diese Kognitionen je eigene Weisen der logischen und symbolischen Aufschlüsselung der „Realität" hervorbringen, daß sie also entweder an das primäre oder das sekundäre „Bezugssystem" des Lebensstils angebunden sind (vgl. 4.3.4).

Nunmehr steht der Therapeut vor der Frage, welche Mittel er zum Zwecke der Modifikation dieser heteronomen kognitiven Inhalte anwenden sollte. Am naheliegendsten wäre es, gerade solche Ideen, Meinungen, Zielvorstellungen usw. „korrigieren" zu wollen, die aus

dem Blickwinkel des „gesunden Menschenverstands" besonders „irrtümlich" und „irrational" erscheinen mögen. Dies würde bedeuten, den Patienten von vornherein mit seiner angeblichen Unvollkommenheit zu konfrontieren, um ihn sodann zu veranlassen, nach Maßgabe impliziter Normalitätskriterien „richtiger" zu denken, zu fühlen und zu handeln. Auch wenn diese Strategie von Psychotherapeuten immer wieder angewandt wurde (vgl. *Dubois*, 1904, *Glasser*, 1972), muß sogleich kritisch angemerkt werden, daß dies keineswegs eine im eigentlichen Sinne psychotherapeutische, sondern bestenfalls erzieherische bzw. pädagogische Vorgehensweise ist. Denn die hieraus resultierenden Wirkungen können nur im Bereich rationalen Erwachsenendenkens, also innerhalb des sekundären „Bezugssystems" zum Tragen kommen. Außerdem ist diese Vorgehensweise geradezu prädestiniert, den *Widerstand* des „kleinen Kindes im Patienten" hervorzurufen, da „Zwang", wie *Adler* es formulierte, stets „Gegenzwang erzeugt" (vgl. *Adler*, 1919, 1982a, S. 26).

Eine im eigentlichen Sinne *therapeutische* Strategie sollte demgegenüber bewirken, daß die in jedem Menschen vorhandenen positiven Anteile, sein schöpferisches Potential also, gegenüber jenen Faktoren die Oberhand gewinnen, die bislang einen hemmenden und einschränkenden Einfluß hatten. Dies bedeutet nichts anderes, als daß der Therapeut seinen Patienten in einem grundlegenden Sinne *ermutigt*,

1. das „kleine Kind in ihm" so anzunehmen, wie es ist;
2. jene Bedingungen grundsätzlich „in Frage zu stellen", die dies bisher verhindert haben und
3. das weitere Leben so zu gestalten, daß dieses „kleine Kind" sich im Hinblick auf sein spezifisches schöpferisches Potential entfalten kann, um so seinen besonderen Beitrag auf der „nützlichen Seite des Lebens" zu erbringen und damit zur *Sinnfindung* zu gelangen (vgl. *Schwarz*, 1923, *Wexberg*, 1925).

6.2.1 „Mut zur Unvollkommenheit" als Voraussetzung der Selbstakzeptanz

Das eigentliche Kennzeichen der Neurose ist *Mutlosigkeit*. Sie leitet sich einmal von den nachhaltigen Minderwertigkeitsgefühlen des Neurotikers her (vgl. 5.2.1.2.1) und ist zum anderen die logische Folge seiner perfektionistischen Sollensnormen. Der Neurotiker ist sich mit anderen Worten „nicht gut genug", er sieht sich als permanenten Verlierer und vermag sich selbst demzufolge nicht zu akzeptieren. Er sieht sein Leben mit „negativen Augen", erhebt — um es gestalttheoretisch auszudrücken — seine Unvollkommenheit zur „Figur", während er seine latenten Fähigkeiten, Stärken und Vorzüge in die Bedeutungslosigkeit des „Hintergrundes" entrückt.

Hieraus leitet sich die therapeutische Konsequenz einer grundlegenden *Umstrukturierung* der Apperzeptionsweise des Neurotikers ab. Sie besagt, daß der Patient zunächst lernen sollte, sich selbst *so zu akzeptieren, wie er ist,* um sodann daran zu gehen, seine spezifischen Fähigkeiten und Vorzüge „ins rechte Licht zu rücken". Dieser Umstrukturierungsprozeß ist meist insofern mit Schwierigkeiten verbunden, als das „strenge Gewissen" des Neurotikers (vgl. 5.2.1.1) zunächst Einwände geltend macht. Es werden in diesem Zusammenhang eben jene sekundären Kognitionen aktiviert, die solche selbstkritischen Einstellungen zum Ausdruck bringen, die ihrerseits eine wesentliche Voraussetzung der „neurotischen Unausgeglichenheit" sind.

So wird ein Patient, den der Therapeut ermutigt hat, etwa die Vorzüge einer weltabgewandten Lebenshaltung anzuerkennen (*„Sie haben damit viel mehr Zeit für Ihr Studium als jemand, der nicht allein sein kann usw."*) einwenden können, daß *„man in diesem Leben doch nur zu etwas kommt, wenn man gesellig ist usw."*. In diesem Fall wäre ein grundsätzliches In-Frage-stellen dieser sekundären Meinung (*„Warum müssen Sie gesellig sein und wer ist außerdem ‚man'!"*) als die gebotene therapeutische Intervention zu werten. Hierdurch kann nämlich jene Relativierung eines rigiden normativen Gebotes in die Wege geleitet werden, die schließlich in der Modifikation der entsprechenden sekundären Meinung resulitert.

6.2.1.1 Der „sokratische Dialog" als Mittel zur Relativierung unangemessener sekundärer Kognitionen

Wie eben schon angedeutet wurde, stellen die „sekundären Meinungen" des Neurotikers eine wesentliche Quelle seiner „inneren Unausgeglichenheit" dar. Es handelt sich dabei gewöhnlich um unreflektierte Kognitionen, die eine konventionelle Moralauffassung in Form rigider, perfektionstischer Forderungen zum Ausdruck bringen (vgl. 6.1.4.2.1 ferner *Rosen, Wyer,* 1972). Von ihnen geht daher eine konfliktträchtige Wirkung aus, die dem therapeutisch relevanten Prozeß der *Selbstakzeptanz* „hemmend" im Wege steht. Sobald es dem Patienten gelungen ist, sie gerade im Hinblick auf ihren unangemessenen Absolutheitsanspruch „in Frage zu stellen", hat er eine wesentliche Voraussetzung für den „Mut zur Unvollkommenheit" (vgl. *Kausen,* 1979, *Lazarsfeld,* 1926) geschaffen.

Dem Therapeuten erwächst in diesem Zusammenhang die Aufgabe, den Patienten in indirekter Weise zu diesem umfassenden Akt der Selbsterkenntnis anzuregen. Die Methode der Wahl orientiert sich dabei am sog. *Sokrates-Prinzip,* das die Richtlinien einer seit der Antike bekannten philosophischen Gesprächsform an die Hand gibt. „Sokratische Dialoge" gehören inzwischen zum methodischen Fundus nicht nur der Individualpsychologie, sondern auch der Personalen Psychothera-

pie (vgl. *Kretschmer*, 1983), der Logotherapie (vgl. *Titze*, 1984) und insbesondere auch der Rational-emotiven Therapie (vgl. *Ellis*, 1977).

Im wesentlichen soll sich der Therapeut dabei jener Art von „weiser Naivität" befleißigen, die den Gesprächspartner deshalb zu einer nachhaltigen Selbstreflexion zwingt, weil sie die Stringenz verallgemeinerter (Vor-)Urteile grundsätzlich in Frage stellt. Dies sei an folgendem Beispiel erläutert (vgl. *Titze*, 1981, S. 72):

Patient (P): Mein Problem ist vor allem, daß ich es nicht schaffe, zu meinen Schwiergereltern freundlich zu sein.
Therapeut (T): *Warum* ist Ihnen das ein Problem?

P: Weil ich irgendwie doch Aggressionen habe und es nicht schaffe, die zu verdecken.
T: *Warum* wollen Sie die verdecken?
P: Weil das einfach nicht gut ist! Man muß doch in Frieden und Freundschaft miteinander auskommen können!
T: *Warum* muß man?
P: Man kann doch nicht in Unfrieden zusammenleben!
T: Wer ist ‚man'?
P: Ja, also ich ... Ich meine, es ist besser, man kommt gut miteinander aus.
T: *Warum* meinen *Sie* das?
P: Ja, sehen Sie das etwa anders? Wollen Sie sagen, ich soll im Streit mit aller Welt liegen?
T: Sie haben mir meine Frage nicht beantwortet: *warum* meinen Sie, daß es besser sei, mit ihren Schwiegereltern gut auszukommen?
P: (Nach einigem Nachdenken) Wenn Sie mich so direkt fragen — also ich weiß es selbst nicht. Vielleicht weil das bei anderen Leuten auch der Fall ist.
T: Sie behaupten also, daß alle anderen Schwiegersöhne auf der Welt mit ihren Schwiegereltern gut auskommen?
P: Nein, das nicht gerade, vielleicht nur manche.
T: Und die anderen?
P: Kommen eben nicht so gut aus mit ihnen.
T: Und Sie selbst?
P: Ich eigentlich auch nicht.
T: Was spricht dagegen, dies zu akzeptieren?

Systematisch angewandt, kann der Patient so dazu angeregt werden, die Vielzahl unreflektierter konventioneller (sekundärer) Meinungen einer grundlegenden Revision zu unterziehen. Das Ergebnis dieses Prozesses manifestiert sich in der Regel in Form eines reiferen, autonomen („postkonventionellen") Gewissens, als Ausdruck eines nunmehr modifizierten „sekundären Bezugssystems".

6.2.1.2 Die Dialektik der Selbstakzeptanz

Der Zugang zum „primären Bezugssystem" des Lebensstils ist aus mehreren Gründen problematisch. Dieses ist, wie schon dargelegt wurde (vgl. 4.1.4), mit averbalen symbolischen Mitteln kodifiziert und folgt zudem der „privaten Logik" (früh-)kindlichen Erkenntnisge-

winns. Damit muß es therapeutischen Interventionsversuchen, die auf die Mittel eines rationalisierenden verbalen Diskurses zurückgreifen, verstellt bleiben. Der Therapeut wird demnach stets auf jenen Bereich des Lebensvollzugs Bezug zu nehmen haben, in dem sich dieses Bezugssystem *unmittelbar* manifestiert. Es ist dies der Bereich des *Handelns*, in dem die „primäre Finalität" des betreffenden Menschen (vgl. 4.1.1) ihren je spezifischen strategischen Ausdruck findet. Gerade im Falle der „neurotischen Unausgeglichenheit" (vgl. 5.2.1) wird es sich in diesem Falle u.a. auch um bestimmte Formen von *Symptomgeschehen* handeln.

Der Therapeut, der im Verlauf der „Lebensstilanalyse" hinreichende Kenntnisse über die lebensstiltypischen Voraussetzungen solcher Handlungsweisen erwarb, kann vor diesem Hintergrund nun daran gehen, sich mit dem „kleinen Kind im Patienten" in einem „konspirativen" Sinne zu verbünden. In Fällen von *Platzangst* wird er dem Patienten z.B. *„ganz im Vertrauen"* erklären, dies sei *„der sicherste Weg, um Niederlagen am Arbeitsplatz zu vermeiden"*, angesichts einer *hysterischen Symptomatik* wird er darauf hinweisen, daß es *„keine bessere Methode gibt, um andere auf sich aufmerksam zu machen"* und bei einem *zwangsneurotischen Symptomgeschehen* wird er möglicherweise feststellen, dies sei *„ein genialer Versuch, den Zwang des Alltagslebens ad absurdum zu führen"*. Diese Vorgehensweise, die an anderer Stelle (vgl. *Titze*, 1978a, 1979b, S. 316ff, 1979c, 1980a, 1981) ausführlicher beschrieben ist, zielt insgesamt darauf ab, die privatlogischen Voraussetzungen eines — aus dem Blickwinkel des *common sense* — „irrationalen" oder „irrtümlichen" Handelns grundsätzlich zu *akzeptieren*. Der Therapeut weist dem Patienten nämlich in überzeugender Weise nach, daß die emotionalen, körperlichen und handlungsmäßigen Implikationen seiner „primären Finalität" und damit (auch) das Symptomgeschehen als *Mittel* der persönlichen Existenzsicherung durchaus *sinnvoll, notwendig* und damit auch *„vernünftig"* sind. Somit wird eben jener Ermutigungsprozeß wirksam, der auf die *Umstellung* einer ursprünglich negativen Grundeinstellung zum eigenen Leben abzielt. Unter dieser Voraussetzung vermag ein Mensch, der sein „krankhaft-unnormales Verhalten" als ein Zeichen von Schwäche und Unfähigkeit zu beurteilen gewohnt war, seine Handlungsweisen „in einem anderen Licht zu sehen", nämlich als durchaus wirkungsvolle „Waffen für den Lebenskampf"[39]. Diese eigentlich „dialektische" Betrachtungsweise basiert auf der Erkenntnis, daß „alles auch anders sein kann" (*Adler*). Alle Erscheinungsweisen menschlichen Lebens sind

relativierbar, nichts darf absolut gesetzt werden. Somit schließt eine vermeintliche Schwäche stets auch den positiven Gegenpol der Stärke in sich ein, ist eine Minderwertigkeit untrennbar mit der „Antithese" vollwertiger Leistungsfähigkeit verknüpft (vgl. *Ansbacher*, 1978). Diese Art von relativierender „Lebensweisheit", die insbesondere in der fernöstlichen Philosophie (vgl. *Pedersen*, 1977) gilt, kann freilich erst erworben werden, wenn die rigiden und einseitigen Prinzipien rationaliserenden Denkens „nicht mehr ernst genommen werden". Eben dies ist die Strategie des *Humors*.

6.2.1.3 Die Paradoxie des Humors

Seit *Freuds* (1905, 1928) bahnbrechenden Untersuchungen über den Witz im besonderen und den Humor im allgemeinen ist sich die Psychotherapie der Tatsache bewußt, welch einmalige psychohygienische Möglichkeit ihr durch die Evozierung dieser „spezfisch humanen Einstellung" (*Frankl*) gegeben ist. In Übereinstimmung mit *Freud* wies *Adler* (1927, 1982a, S. 181) nämlich darauf hin, daß der Witz „eine Revolte gegen das gesellschaftlich-durchschnittliche Bezugssystem" darstellt. Er ist ein exklusives Mittel zur Invalidierung der logischen und moralischen Normsetzungen, die das Leben des gesellschaftlich angepaßten Erwachsenen zwingend regeln. *Freud* und *Adler* hatten erkannt, daß die Wirkungsweise des Humors eine Folge der Unvereinbarkeit[40] zweier Wirklichkeitsbereiche ist, nämlich der des kleinen Kindes auf der einen Seite und der des Erwachsenen auf der anderen. Der Ernsthaftigkeit des Erwachsenenlebens tritt die spontane, unbekümmerte „Naivität" der kindlichen Realitätsauffassung entgegen, die schon aus dem Grunde „komisch" ist, weil sie auf einem „primitiven" Niveau angesetzt ist. Das noch nicht sozialisierte Kind verhält sich nämlich „ungehemmt" und tut das, was ihm „Spaß" macht, wozu es „Lust" hat. Diese Art von direkter Bedürfnisbefriedigung, welche die „Erhabenheit" sozialer Institutionen ignoriert, wird gemeinhin als belustigend aufgefaßt (vgl. *Hellgardt*, 1979). Sie ist gleichzeitig aber auch ein Zeichen von Mut und Zivilcourage, da sie sich in der Regel über verbindliche Spielregeln der Gemeinschaft hinwegsetzt[41], deren Nichtbefolgung die Gefahr negativer Sanktionen nach sich ziehen kann. Gerade dies sucht der Neurotiker „gewissenhaft" zu vermeiden. Er besitzt daher auch keinen „Sinn für Humor".

Die Strategie des Humors, die auf eine Invalidierung des „sekundären Bezugssystems" abzielt, erscheint geradezu prädestiniert, um für therapeutische Zwecke nutzbar gemacht zu werden. Da der Neurotiker die normativen Forderungen des Erwachsenenlebens „zu ernst nimmt"

bzw. diese (im Rahmen seiner sekundären Finalität) „perfekt" zu verwirklichen sucht, ist er ein Leben lang „ängstlich" darauf bedacht, gerade jenes schöpferische Potential in seiner vitalen Entfaltung zu hemmen, das innerhalb seines „primären Bezugssystems" angelegt ist.

Dem Therapeuten stellt sich also die Aufgabe, eben dieses Potential freisetzen zu helfen, indem er sich mit dem „kleinen Kind im Patienten" verbündet (vgl. 6.2.1.2). Dabei sollte er freilich keineswegs vom Standpunkt des „ernsthaften Erwachsenen" ausgehen, wie dies etwa der am Ideal „therapeutischer Enthaltsamkeit" orientierte orthodoxe Analytiker tun mag. Als ein „Beispiel für gelebten Humor" wird er selbst es sein, der dem Patienten konkrete Möglichkeiten zur Invalidierung rigider Normen an die Hand gibt: indem er ihn etwa auffordert, seine Symptome bewußt hervorzurufen oder gar zu verstärken oder indem er angebliches Fehlverhalten in einem positiven Sinne umdeutet. Diese Vorgehensweise wird, im Anschluß an *Frankl*, als „paradox" bezeichnet (vgl. *Titze*, 1984b). Es ist dies ein Attribut, das allerdings nur solange zutreffend ist, wie der Standpunkt des „Erwachsenen in uns" vertreten wird. Sobald es dem Patienten aber gelungen ist, sich von eben diesem Standpunkt zu *distanzieren* und sich auf die spezifischen Belange seines „primären Bezugssystems" einzustellen, kann die „paradoxe Intervention" zu einem spezifischen Therapeutikum werden, das inzwischen auch von anderen therapeutischen Schulen rezipiert wurde[42]. Es ist wohl nicht zuletzt auf die Tatsache der engen Korrespondenz der Individualpsychologie mit diesen Schulen zurückzuführen, daß sie mittlerweile über ein umfangreiches „Instrumentarium spezifischer paradoxer Techniken" verfügt (vgl. z.B. *Allen*, 1971c, *Dreikurs, Mosak*, 1973, S. 61, *Titze*, 1979b, S. 320f). Es entspricht aber dem holistischen Selbstverständnis der Individualpsychologie, daß diese Verfahren nie aus dem größeren Zusammenhang der Lebensstilanalyse losgelöst angewandt werden, sondern stets nur im Sinne von Akzentuierungen einer übergreifenden humoristischen Vorgehensweise (vgl. *Mosak, Hahn*, 1977, *O'Connel*, 1973, *Titze*, 1984b).

6.3 Die therapeutische Beziehung und die Beziehungsprobleme

Psychotherapie ist nach *Adler* (1979b, S. 64f)

„... eine Übung in Kooperation und eine Prüfung der Kooperation. Wir können nur dann Erfolg haben, wenn wir aufrichtig am anderen interessiert sind. Wir müssen in der Lage sein, mit seinen Augen zu sehen und mit seinen Ohren zu hören ... Wir müssen seine Einstellungen und Schwierigkeiten zusammen durcharbeiten. Auch wenn wir glauben, wir hätten ihn verstanden, dürfen wir nicht sicher sein, daß wir recht haben, wenn

er selbst nicht einverstanden ist. Eine taktlose Wahrheit kann nie ganze Wahrheit sein; sie zeigt, daß unser Verständnis nicht ausreichte. Vielleicht war es die falsche Auffassung dieses Sachverhalts, aus der andere Schulen den Begriff der ‚negativen oder positiven Übertragung' abgeleitet haben; Faktoren, die man in der individualpsychologischen Behandlung nie antrifft" (teilweise zitiert nach *Ansbacher, Ansbacher*, 1972, S. 317f).

Danach lautet die „erste Behandlungsregel" der individualpsychologischen Therapie, „den Patienten zu gewinnen" (*Adler*, 1981b, S. 89). Das wiederum wird nur dann möglich sein, wenn der Therapeut den Patienten *so annimmt, wie er ist*. Er darf sich dabei keinesfalls von den etwaigen Fehlhandlungen, symptomatischen Anomalien, destruktiven Tendenzen und dgl. mehr, die der Patient an den Tag legen mag, irritieren lassen bzw. diese zum Gegenstand maßregelnder Kritik erheben wollen (vgl. *Heisterkamp*, 1983). Überhaupt muß der Therapeut auf „die Beseitigung jeglichen Zwanges" (*ebenda*) hinarbeiten, mithin die Voraussetzungen einer „freiestmöglichen Beziehung" (*ebenda*) schaffen. Dadurch kann die „Tat vom Täter unterschieden" (vgl. *Dreikurs, Soltz*, 1975, S. 448), der Mensch als solcher, unabhängig von seiner spezifischen Patientenrolle, angesprochen werden. Die therapeutische Beziehung steht so im Zeichen einer grundsätzlichen „sozialen Gleichwertigkeit" (vgl. *Dreikurs*, 1972). Der Patient erlebt den Therapeuten als einen Mitmenschen, der „positive Merkmale trägt" (vgl. *Papanek, Papanek*, 1961) und der gleichsam die „Funktion der (zuverlässigen) Mutter" (*Adler*, 1981b, S. 39) übernimmt. Damit können Beziehungsprobleme, wie sie der Patient seit seiner Kindheit regelmäßig erlebt hat, unmittelbar thematisiert werden. Der Patient, der sich gewöhnlich ein mehr oder weniger „negatives Bild" von seinen Mitmenschen gemacht hat, wird sich nämlich selbst auf den Therapeuten, der ihn vorbehaltlos annimmt und sich „der Führung des Patienten überläßt" (*Adler*, 1974a, S. 60), zunächst grundsätzlich in einer mißtrauisch-feindseligen Weise einstellen. Er wird dabei versuchen, ihn zu entwerten und ihm einen Behandlungserfolg zu erschweren.

Adler hat in diesem Zusammenhang den *Widerstand* in der Behandlung als das „Kampfmittel eines mutlosen Menschen" beschrieben, der seinen Mitmenschen mißtraut und sich vor einer Teilnahme am sozialen Leben zutiefst fürchtet (vgl. *Adler*, 1974a, S. 60ff, 1981b, S. 89f, *Heisterkamp*, 1981, *Künkel*, 1975, S. 206, *Titze*, 1979b, S. 259ff). Dem Therapeuten fällt hier die grundsätzliche Aufgabe zu, den Patienten dadurch „zu entwaffnen" (*Adler*, 1972, S. 196, 1974a, S. 59), daß er sich ihm unbeschadet aller negativer Tendenzen, die er zeigen mag, „in aller Freundlichkeit annähert und ihn in eine aufnahmebereite

Stimmung versetzt, ... (um so) den guten Willen des Patienten zu gewinnen und dann auf seine Umwelt zu übertragen" (*Adler*, 1981b, S. 39)[43].

7. Anwendung

7.1 Klinische Anwendungsbereiche

Die individualpsychologische Therapie im engeren Sinne ist für die Behandlung sowohl neurotischer als auch psychotischer Patienten im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter indiziert. Es können neben dem einzeltherapeutischen Setting auch gruppentherapeutische Behandlungsformen angewandt werden (vgl. *H. Papanek*, 1954, 1956, 1965).
Im einzelnen lassen sich in diesem Zusammenhang die Bereiche der Kindertherapie (vgl. *Ackerknecht*, 1981, *W. Spiel*, 1967), der Familientherapie (vgl. *Titze, Titze*, 1982), der Ehetherapie (vgl. *B. Titze*, 1984) und der Gerontotherapie (vgl. *Ackerknecht*, 1978) unterscheiden. Die hier jeweils angewandten Methoden sind ein Beleg für die ergiebige Korrespondenz der modernen Individualpsychologie mit anderen Zweigen der Humanistischen Psychologie.

7.2 Präventive Maßnahmen

Neben dieser im eigentlichen Sinne *kurativen* Tätigkeit hat die Individualpsychologie von Anfang an ein besonderes Augenmerk auf Probleme gerichtet, die im Vorfeld psychopathologisch relevanter Prozesse aktualisiert werden. Dies entspricht *Adlers* Idee, positive Beiträge zur Volksgesundheit dadurch zu leisten, daß den Repräsentanten der verschiedenen Sozialisationsagenturen (vgl. 4.3) das theoretische und praktische Rüstzeug für die Durchführung geeigneter sozialpädagogischer Maßnahmen an die Hand gegeben wird.Diese „Technologie menschlicher Beziehungen" (vgl. *Dreikurs*, 1980, S. 161ff) soll Eltern, Lehrer, Sozialarbeiter und andere Vertreter sozialer Berufe zum einen mit den Prinzipien von angewandter Demokratie in der Familie, Schule und Gemeinde vertraut machen, damit diese Bezugspersonen zum anderen, auf der Grundlage „sozialer Gleichwertigkeit", wirkungsvoll mit den verschiedenartigsten Beziehungsproblemen umgehen können. Aus diesem Personenkreis rekrutieren sich die sog. *individualpsychologischen Berater*, deren eigentliche Aufgabe darin besteht, Laien auf den Gebieten der familiären und schulischen Erziehung, der

Partnerschaft und Ehe sowie der verschiedenen sozialen Institutionen zu unterweisen (vgl. *Dreikurs, Grundwald, Pepper,* 1977, *O. Spiel,* 1979, *Sweeney,* 1975). Gerade in diesem Bereich präventiver Pädagogik hat die Individualpsychologie Pionierarbeit geleistet.

8. Evaluation und Forschung

Die Individualpsychologie tat sich bis vor kurzem relativ schwer damit, ihre theoretischen Konstrukte bzw. Aussagen mit den Hilfsmitteln objektiver Experimentalpsychologie zu überprüfen. Dies lag daran, daß sie im Sinne ihres *idiographischen* Selbstverständnisses der quantifizierenden Vorgehensweise *nomothetischer* Wissenschaftlichkeit grundsätzlich kritisch gegenüberstand (vgl. *Mosak, Dreikurs,* 1973, S. 63). Inzwischen scheint in dieser Hinsicht jedoch eine gewisse Wende eingetreten zu sein (vgl. *Rogner, B. Titze,* 1980). So konnte *Watkins* (1980) in einer Übersichtsarbeit zeigen, daß quantifizierende bzw. statistische Forschungsarbeiten im Rahmen der Individualpsychologie seit 1970 zunehmend Bedeutung gewonnen haben. Wurde das Hauptgewicht solcher Untersuchungen zunächst auf die Problematik der Geschwisterreihe (vgl. *Croake, Hayden,* 1975, *Rogner,* 1983) gelegt, so werden seit 1977 insbesondere die Implikationen der *Gemeinschaftsgefühl*-Theorie statistisch nachgeprüft (vgl. *Bubenzer, Zarski, Walter,* 1979). *Watkins* (1982) gibt des weiteren eine Übersicht über experimentelle Forschungsarbeiten, die sich mit *Früherinnerungen* und dem *Lebensstil* auseinandersetzen. Von besonderer Bedeutung sind in diesem Zusammenhang die faktorenanalytischen Studien von *Thorne* (1975) und *Thorne* und *Pishkin* (1975) sowie *West* und *Bubenzer* (1978). Statistische Untersuchungen über „individualpsychologische Typologien" wurden u.a. von *Rogner* (1982a) durchgeführt.

Im Hinblick auf *Effizienzuntersuchungen* sind insbesondere die Arbeiten von *Farberow* und *Shneidman* (1961), *Fiedler* (1950), *Heine* (1953) *Shlien, Mosak* und *Dreikurs* (1962) und *Taft* (1958) zu nennen. Aus ihnen geht hervor, daß die individualpsychologische Therapie ein ausgesprochen brauchbares klinisches Verfahren darstellt.

9. Kritische Reflexion und Zusammenfassung

Obwohl die Individualpsychologie zu den ältesten psychotherapeutischen Verfahren überhaupt zählt, hatte sie sich über Jahrzehnte hinweg mit Identitätsproblemen auseinanderzusetzen. Kritiker warfen ihr vor, sie sei „zu einfach", zu sehr am „*common-sense*-Verständnis"

orientiert und ferner bloße „Bewußtseinspsychologie". Darüberhinaus geriet sie in der Nachkriegszeit in den Ruch anpasserischer „Gemeinschaftsduselei". Dies war ein besonders infamer Vorwurf, weil damit ein Zusammenhang mit den faschistischen Gemeinschaftsideologien hergestellt wurde. Und in der Tat setzte zu dieser Zeit ein bemerkenswerter Niedergang der Individualpsychologie ein, der einherging mit einer verstärkten Zuwendung therapeutischer Fachleute zu den „emanzipatorischen Theorien" der Psychoanalyse.

Mitte der sechziger Jahre wurde dieser Prozeß jäh unterbrochen. Es war ersichtlich geworden, daß bloße Triebspsychologien das eigentliche Wesen menschlichen Lebens und Leidens doch nicht in der Weise erfassen können, wie dies zunächst angenommen und erhofft worden war. Es war dies der Zeitpunkt, zu dem die „Humanistische Ära" in der Psychologie einsetzte, in deren Verlauf der „spezifisch humanen Dimension" des Menschseins vermehrte Aufmerksamkeit gezollt wurde. Man hatte erkannt, daß psychopathologische Probleme nicht allein auf die Unterdrückung „niederer Bedürfnisse" zu reduzieren sind, sondern daß sie insbesondere Ausdruck einer Konfliktlage sind, die dadurch zustande kommt, daß der *Mensch als Ganzes* an der Verwirklichung seiner „höheren Bedürfnisse" gehindert ist. Hierzu gehört neben dem Streben nach Sicherheit auch der Wunsch, von anderen geliebt und geschätzt zu werden — und damit seinen Platz in der Gemeinschaft der Mitmenschen zu finden. Hier wurde an die Theorie *Adlers* unmittelbar angeknüpft.

Die Individualpsychologie, die in den letzten Jahren eine spektakuläre „Renaissance" erlebt, nahm die vielfältigen Konvergenzen mit den verschiedenen Zweigen der Humanistischen Psychologie mehr und mehr zur Kenntnis und konnte — i.S. von *Adlers* Diktum, sie habe einen „offenen Horizont" — vieles von dem intergrieren, das dort entwickelt worden war. Dies trug wesentlich zu einer neuen Standortbestimmung bei (vgl. *Titze*, 1983). Gleichzeitig wurde sich die Individualpsychologie aber auch ihrer tiefenpsychologischen Identität bewußt, die sie in den Jahren der Gegnerschaft zur übermächtigen Psychoanalyse durchaus geleugnet hatte (*ebenda*).

Dieser Prozeß einer umfassenden Selbstfindung ist aber keineswegs abgeschlossen. Denn so wie sich die gesamte Psychologie gegenwärtig in einem Umbruch befindet, weiß sich auch die Individualpsychologie auf dem Weg der Evolution, der freilich nach wie vor in jene Richtung führt, die 1912 im Geburtsjahr der Individualpsychologie eingeschlagen worden war.

10. Fallbeispiel

Eine 29jährige Laborantin kommt mit einer ausgeprägt depressiven Symptomatik in Psychotherapie. Sie hat mehrere Suizidversuche hinter sich, die wiederholt zu Einweisungen in psychiatrischen Kliniken geführt haben. Im Verlauf des Erstgesprächs stellt sich heraus, daß die Patientin seit Jahren Alkohol- und Medikamentenmißbrauch betreibt, was sie auf ihre depressive Niedergeschlagenheit und ihre Lebensangst zurückführt.

Als *größtes Problem ihres Lebens* führt sie ihre Einsamkeit an:

„Jeden Abend sitze ich allein in meinem Zimmer, starre die vier Wände an und frage mich, wie es kommt, daß gerade ich so vom Schicksal gestraft bin ...".

Im weiteren Verlauf der Gespräche berichtet sie von ihren lebenslangen Bemühungen, in einen engen, dauerhaften Kontakt zu anderen Menschen zu treten. So habe sie schon als kleines Kind alles unternommen, um die Zuwendung ihrer Mutter zu gewinnen. Diese habe zumeist aber nur ablehnend auf sie reagiert, ihr Vorwürfe gemacht und ihr immer wieder zu verstehen gegeben, sie sei „genauso mies" wie ihr Vater. Dies sei ganz ungerecht gewesen, da sie den Vater, der die Mutter kurze Zeit nach der Geburt der Patientin verlassen hatte, gar nicht gekannt habe. (Offensichtlich wurde die Patientin von ihrer Mutter als ein „lästiges Kuckucksei" angesehen, das ihr ein rücksichtsloser, verhaßter Mann „angehängt" hatte. Die Ressentiments ihm gegenüber, übertrug die Mutter dann insofern auf ihre Tochter, indem sie diese zur Trägerin von Merkmalen erhob, die schon den Vater gekennzeichnet hatten, der z.B. „genauso blöd guckte wie Du", „genauso log" usw.).

Aus der nun folgenden *Kindheitserinnerung* der Patientin läßt sich ersehen, wie wenig es ihr gelungen war, bei ihrer Mutter das primäre Bedürfnis nach Nähe und Geborgenheit zu verwirklichen:

„Ich kam an einem Nachmittag im Winter aus dem Kindergarten nach Hause. Als ich die Tür aufmachte, bekam ich Angst, weil die ganze Wohnung so dunkel und still war. Ich rief nach meiner Mutter, erhielt aber keine Antwort. Sie war nicht da. In meiner Verzweiflung lief ich auf die Straße und suchte meine Mutter stundenlang in der Stadt. Schließlich, es war schon dunkel, kam ich wieder bei der Haustür an, wo meine Mutter mich schon erwartete. Überglücklich lief ich auf sie zu, wollte sie umarmen und ihr sagen, wie sehr ich sie vermißt hatte. Doch bevor ich irgendetwas sagen konnte, hatte ich mir schon — pitsch, patsch — links und rechts eine gefangen: ‚Du bist genauso

ein verdammter Herumtreiber wie dein Alter!', hörte ich meine Mutter noch sagen, ehe ich verzweifelt in Tränen ausbrach."

Derartige Erlebnisse häuften sich im weiteren Verlauf ihres Lebens dermaßen, daß man — zumindest im statistischen Sinne — auf jeden Fall davon ausgehen kann, dies sei nicht mehr „normal" gewesen! Die Individualpsychologie stellt in diesem Zusammenhang deshalb fest, daß Menschen ein Leben lang („tendenziös") dazu neigen, ihre primären Überzeugungen im Verlauf des Lebensvollzugs zu validieren. So mußte die Patientin nach drei gescheiterten Ehen zu dem Resumee gelangen, daß Menschen, *„denen ich zunächst so viel Vertrauen, eine so große Hoffnung entgegengebracht habe, mich systematisch und brutal enttäuscht und hintergangen haben. Sie ließen mich gerade dann, wenn ich nicht mehr weiter konnte, wenn ich wirklich am Ende war, einfach fallen!"*

Was ihr dabei freilich nicht bewußt war, war die Tatsache, daß sie selbst es gewesen war, die diese Schicksalschläge zumindest teilweise „arrangiert" hatte: und dies aus dem einen Grund, weil jeder ihrer Versuche, eine (zu) große Nähe und Intimität in der Beziehung zu einem anderen Menschen herzustellen, gleichzeitig zur Aktivierung gegensätzlicher finaler Tendenzen führte.

Im Laufe der psychotherapeutischen Gespräche gelang es der Patientin allmählich, sich der von ihr zum Einsatz gebrachten „distanzierenden Mittel" bewußt zu werden. Sie begann zu verstehen, daß sie diese stets dann einzusetzen pflegte, nachdem sich ihr „Herzenswunsch", eine enge Beziehung zu einem Menschen zu haben, jeweils erfüllt hatte. Damit wurde es ihr möglich, z.B. auch ihre diversen psychosomatischen Symptome „mit anderen Augen zu sehen". Denn ihre Klagen über Schmerzen im Unterleib während des Geschlechtsverkehrs, ihre Abneigung gegenüber Küssen (die zuweilen in einem Brechreiz resultieren konnten), ihre Unfähigkeit, ein „zärtliches Gespräch bei Kerzenlicht" zu führen (der Patientin mochte dann etwa einfallen, daß sie noch die Waschmaschine auszuräumen hatte usw.) und schließlich auch ihre ausgeprägte Unlust, auf Probleme des Partners einzugehen — all das waren durchaus probate Mittel zum Zwecke einer allfälligen Distanzierung von Menschen, denen sie „im Innersten" zutiefst mißtraute. Gerade mit Hilfe dieser Distanzierungstendenz ließ sich jener Zustand von *Sicherheit* in ihrem Leben verwirklichen, der — nach Maßgabe ihres *Lebensplanes* — ihr primäres Lebensziel war. Diesem Lebensziel mußten selbst solche Grundbedürfnisse wie jenes nach zwischenmenschlicher Nähe und Zärtlichkeit untergeordnet werden. Demzufolge hätte sich die Patientin, wie sie im Verlaufe der Therapie

zu verstehen lernte, nur solche zwischenmenschlichen Beziehungen „leisten" können, die durch einen bestimmten Grad von Zurückhaltung und Unverbindlichkeit zu kennzeichnen wären (also eben jene Art von relativ losen Kontakten, die man als „Bekanntschaft" zu bezeichnen pflegt). Dies zu akzeptieren fiel ihr nicht leicht, war sie doch bislang von der *sekundären Meinung* ausgegangen, „man müsse einen Menschen ganz für sich allein haben, um glücklich zu sein".

Allmählich lernte die Patientin gemäß ihrem eigenen („lebensstiltypischen") Motto zu leben, wonach „weniger (an Nähe und Intimität) mehr ist". Sie versuchte sich nicht mehr in das Prokrustesbett einer engen Partnerschaft zu zwingen, sondern brachte sich — sozusagen in dosierter Weise — in eine relativ große Anzahl von Beziehungen ein, die unverbindlicher und damit weniger „verunsichernd" waren. Im Verlauf dieser Umstellungsphase kam es zu einem fast vollständigen Abklingen des ursprünglichen Symptomgeschehens.

Anmerkungen

[1]) In der neueren Literatur (vgl. *Titze*, 1979b) wird dieses System gelegentlich auch als *Teleoanalyse* bezeichnet.

[2]) Dies wird konkretisiert in *Adlers* „Kritik der Freudschen Sexualtheorie des Seelenlebens" (vgl. *Adler*, 1973a, S. 94ff).

[3]) *Hitler*, der sich von 1907 — 1913 in Wien aufhielt, geriet hier in den Einflußbereich eines extremen Rassenantisemitismus (vgl. *Eder*, 1982). Später sollte *Hitler* behaupten, das „granitene Fundament" seiner Weltanschauung sei in diesen frühen Wiener Jahren niedergelegt worden (vgl. *S. Jones*, 1980, S. 174ff).

[4]) Auch *Herzl*, der Begründer des Zionismus, wirkte um diese Zeit in Wien.

[5]) Ein großer Teil der Bewohner Wiens stammte selbst von Zuwanderern aus den nichtdeutschen Gebieten der Monarchie ab. Sie bzw. ihre Vorfahren mußten sich unter denkbar schlechten Bedingungen als verachtete Dienstboten und Industriearbeiter verdingen. *Viktor Adler*, der Exponent der Wiener Sozialdemokratie, bezeichnete sie als die „ärmsten Sklaven, welche die Sonne bescheint", als die „elendsten aller Proletarier" (zit. nach *Kapner*, 1982, S. 114). *S. Jones*, (1980, S. 153) beschreibt im übrigen ausführlich die katastrophalen Lebensbedingungen des Wiener Proletariats.

[6]) Es ist erwähnenswert, daß *Karl* und *Charlotte Bühler* gleichzeitig ebenfalls in der Lehrerfortbildung wirkten (vgl. *Furtmüller*, 1964, S. 377).

[7]) Eltern, Lehrer und Kinder partizipierten als Gruppe an der Beratung, die *öffentlich* durchgeführt wurde, d.h. in Gegenwart von Ausbildungskandidaten, aber auch interessierten Laien.

[8]) Nach *Adler* (vgl. 1972) wird in *patriachalischen* Kulturen Minderwertigkeit mit Weiblichkeit und Überlegenheit mit Männlichkeit in Zusammenhang gebracht. Der sog. *männliche Protest* stellt eine auch psychopathologisch relevante Form der Auflehnung gegen diese kulturspezifische Statuszuweisung dar (vgl. *Titze*, 1984c).

[9]) Ausnahmen bilden die psychopathologisch relevanten Fälle bestimmter *Perversionen* (vgl. *Adler*, 1977b).

[10]) Diese *primären Meinungen* sind in einer vorsprachlichen Weise kodifiziert, daher der bewußten Reflexion nicht unmittelbar zugänglich.

[11]) Von diesem Modell gehen übrigens *Miller, Galanter, Pribram* (1973) aus.

[12]) Hier geht *Adler* von der gleichen Annahme wie *Piaget* aus (vgl. auch *Adler*, [1929], 1982a, S. 245).

[13]) Auch hier ergibt sich eine Affinität zu *Piagets* Konzeptualisierungen.

[14]) Man beachte, daß der Begriff als solcher auf *Max Weber* zurückgeht, der eine sozio-pragmatische Handlungstheorie formulierte (vgl. *Weber*, 1964, sowie *Ansbacher*, 1967, S. 196ff. und *Wilken*, 1966).

[15]) Vgl. hierzu die Untersuchungen über die unterschiedlichen Funktionen der Gehirnhemisphären, die von *Sperry* initiiert wurden (*Dimond, Beaumont*, 1974, *Hoppe*, 1975, *Ornstein*, 1976, *Titze*, 1981, *Watzlawick*, 1977).

[16]) Zu übereinstimmenden Erkenntnissen ist die „Rational-emotive Therapie" gelangt, die mit *Ellis* (vgl. 1977) die „Katastrophierung" als Charakteristikum des „irrationalen Denkens" ausweist. Ferner stellt *Beck* (1970), einer der Begründer der „Kognitiven Therapie" fest, daß jedes psychopathologisch relevante Denkgeschehen zur „Magnifizierung" bzw. „Übergeneralisierung" neigt.

[17]) Dies geschieht stets in späteren, also „sekundären" Abschnitten der Entwicklung, mithin in einem Zeitraum, in welchem der „Prototyp" (*Adler*) des persönlichen Lebensstils, d.h. dessen primäres Bezugssystem, schon ausgebildet ist.

[18]) Es besteht damit eine gewisse Affinität zum soziologischen Lebensstilkonzept *Max Webers* (vgl. *Ansbacher*, 1967, S. 196ff und *Wilken*, 1966).

[19]) Dieses Verständnis fehlt — bislang! — der Kognitiven (Verhaltens)-Therapie, die davon ausgeht, daß das Denken ausschließlich durch verbalisierte Kognitionen konstituiert werde. Allerdings hat *Mahoney* (1981) dieses Mißverständnis erkannt und gefordert, die Wirksamkeit primärer, also bildhaft-„unlogischer" Kognitionen in Rechnung zu ziehen (vgl. auch *Maultsby*, 1970).

[20]) Gerade in diesem Zusammenhang pflegte *Adler* daher festzustellen, daß Psychotherapie „eher Kunst denn (strenge) Wissenschaft" sei (vgl. *Ansbacher*, 1967, S. 205, *Neumann*, 1954, S. 220f).

[21]) Es handelt sich hierbei um „Grundbedürfnisse" (vgl. *Maslow*, 1981), die im reflexhaften Sinne funktionieren und die dem Zwecke der Sicherung des Organismus gegenüber potentiellen Schädigungen unterstellt sind. Hierzu gehören etwa der Lidschluß- und Hustenreflex, die Müdigkeit, Hunger, Durst, sowie der Stuhl- und Harndrang (vgl. auch *Titze*, 1979, S. 45f).

[22]) In Anbetracht der Tatsache, daß der Mensch keinen umfassenden Fundus von angeborenen Verhaltensautomatismen „besitzt", lehnt es die Individualpsychologie ab, „Besitzpsychologie" zu sein. Sie versteht sich vielmehr als eine „Gebrauchspsychologie", die das untersucht, was der Mensch jeweils verwendet, um sein Überleben in seiner eigenen Lebenswelt zu sichern.

[23]) Der Begriff der „Aggression" leitet sich vom lateinischen *„adgredi"* her, was wörtlich übersetzt das *Herangehen* an die belebten und unbelebten Konstituenten der Welt meint. Gerade diese Fähigkeit besitzt das Kind in seinen frühesten Entwicklungsabschnitten zunächst (fast) nicht. Erst nachdem es über die notwendigen psychomotorischen Voraussetzungen verfügt, wird es dazu übergehen können, anstelle der ursprünglichen passiven „Mittel der Schwäche und Hilflosigkeit" (z.B. Weinen, Schreien) aktive und „aggressive" Sicherungsstrategien einzuüben. Diese können sowohl konstruktiv als auch destruktiv sein, d.h. mit Gemeinschaftsgefühl zusammenhängen oder nicht (vgl. *Ammon*, 1973, *Ringel*, 1975, *Schultz-Hencke*, 1940.

[24]) Eltern, Geschwister, Großeltern, andere Verwandte usw. einerseits und deren Beziehungen untereinander andererseits.

[25]) Diese Form der Identifikation muß sorgfältig von der *primären Identifikation* (vgl. *Titze*, 1979, S. 131f) unterschieden werden.

[26]) Damit ist aber keineswegs der spezifisch tiefenpsychologische Begriff des „Bewußten" gemeint, sondern ganz allgemein der umfassende Bereich aller Erkenntnisvorgänge menschlichen Lebens (vgl. *Titze*, 1981b, S. 113).

[27]) Gegenstand der Phänomenologie ist ausschließlich das umfassende Subjektsein, das einmalige Erlebnisspektrum des Individuums, das grundsätzlich nicht „objektivierbar" ist. Die Psyche erweist sich damit als ebensowenig „zerlegbar" wie eine Trennung von (subjektivem) „Ich" und (objektiver) „Außenwelt" — i.S. des *cartesianischen Dualismus* — statthaft ist (vgl. *Grathoff*, 1972, *Kraiker*, 1980, *Plessner*, 1928).

[28]) 1889 war *Mead* u.a. Student bei *Dilthey* in Berlin (vgl. *Joas*, 1980, S. 24f).

[29]) *Adler* war mit *Dewey* persönlich bekannt und veranlaßte die Übersetzung bzw. Publikation von *Deweys* Schriften in der *Internationalen Zeitschrift für Individualpsychologie* (vgl. *Dewey*, 1930, *Grey*, 1957).

[30]) Es sei darauf hingewiesen, daß die radikaldemokratischen Positionen *Deweys* und *Meads* (der *Deweys* Hochschulassistent und enger Vertrauter war) vollkommen mit *Adlers* eigenem sozialreformerischem Demokratieverständnis übereinstimmen (vgl. *Joas*, 1980, 2. Kap.).

[31]) Es besteht in diesem Zusammenhang enge Affinität zu *Adlers* eigener *Kompensationstheorie*, wie sie in seinen frühen „Studien über Minderwertigkeit der Organe" (*Adler*, 1977) formuliert wurde (vgl. *Ansbacher, Ansbacher*, 1972, S. 45ff).

[32]) Der Lebensangst des Neurotikers kommt sowohl eine „morphologische" als auch eine „funktionale" Bedeutung zu: Sie ist *Ausdruck* seiner mutlosen Grundeinstellung zum Leben und gleichzeitig *Mittel*, sich vor allfälligen Bedrohungen der eigenen Existenz zu sichern (vgl. *Frankl*, 1926).

[33]) Eine weitere Quelle solcher „zentraler Gedanken" ergibt sich aus der Lektüre (pseudo-) medizinischer Literatur, aus ungeschickten Äußerungen von Ärzten oder aus dem Miterleben von Krankheiten nahestehender Personen.

[34]) Es besteht in diesem Zusammenhang eine enge Affinität zur sog. *Script-Analyse* der Transaktionsanalyse (vgl. *Holland*, 1972, sowie Beitrag in diesem Buch über Transaktionsanalyse).

[35]) Die Psychoanalyse (vgl. Beitrag in diesem Buch) bringt dies mit dem sog. *analen Charakter* in Zusammenhang, postuliert also eine primäre Genese. Diese Auffassung steht in scharfem Gegensatz zur individualpsychologischen Auffassung, die hier eine sekundäre, d.h. soziogene Verursachung postuliert (vgl. *Mosak*, 1973.

[36]) Beispiele: „Man muß artig sein", man muß seinen Teller leer essen", „man darf nicht widersprechen", „man hat nicht zu fragen" usw. *Hess* und *Handel* (1959) sprechen in diesem Zusammenhang von *Familienthemen*.

[37]) Offensichtlich handelt es sich bei den von *Ellis* (vgl. 1977) angeführten „irrationalen Ideen" um nichts anderes als bestimmte unreflektierte, verabsolutierte und verallgemeinerte „sekundäre Meinungen", von denen ein starrer normativer Druck auf die Lebensdynamik des betreffenden Menschen ausgeht.

[38]) Diese beiden Phasen gehen ineinander über, da sich die Analyse des Lebensstils grundsätzlich bis zum Abschluß der Therapie hin erstreckt.

[39]) Gelegentlich werden in diesem Zusammenhang zunächst „sekundäre Widerstände" insofern ausgelöst, als bestimmte moralisierende Einwände geäußert werden (z.B. *„So etwas gehört sich doch nicht"; „So ein Verhalten ist doch unmöglich!"; „Ich*

müßte mich ja schämen, wenn ich so etwas täte!"). In diesen Fällen ist ein „sokratischer Dialog" zweckmäßig. Allerdings lehrt die Erfahrung, daß derartige Widerstände nicht lange aufrechterhalten werden, sondern von jener humorvollen Reaktion abgelöst werden, die *Dreikurs* (vgl. 1969, S. 75) als *„Erkennungsreflex"* bezeichnet hat.

[40]) Die modere Humorforschung (vgl. *Chapman, Foot,* 1976, 1977, *Goldstein, McGhee,* 1972, *Koestler,* 1964, 1973) geht in diesem Zusammenhang vom Begriff der „Inkongruenz" bzw. „Bisoziation" zweier „Kontexte" aus, die je eigene Modi der logischen Dekodierung der Wirklichkeit hervorbringen.

[41]) Belustigend ist nicht allein das ungehemmte Aktualisieren sexueller Bedürfnisse (wie dies z.B. in Form „schlüpfriger" Witze geschieht). Auch die Freisetzung destruktiver Impulse im Rahmen von „böswilligen Streichen" und „Schabernack" kann als „lustvoll" erlebt werden, da dies zu einem Gewinn von Überlegenheit über „normalerweise" überlegene Menschen führen kann (vgl. *Freud,* 1905, 1958, *Hobbes,* 1964, *Lenzberg,* 1980).

[42]) Es handelt sich hier insbesondere um die Kommunikationstherapie und die Verhaltenstherapie.

[43]) In diesem Sinne zielt die individualpsychologische Therapie auf eine Beziehung ab, die in gewisser Hinsicht der von der Psychoanalyse sogenannten „positiven Übertragung" entspricht. *Adler* (vgl. 1981b, S. 89) und *Wexberg* (1975, S. 316ff) weisen aber ausdrücklich darauf hin, daß eine spezifisch sexuelle bzw. erotische Akzentuierung i.S. einer „Libidoübertragung" hier nicht gemeint ist. Wo diese aber doch zum Tragen kommt (und dies ist vor allem dann der Fall, wenn der Therapeut die therapeutische Beziehung auf das Privatleben ausweitet), werden in der Regel Komplikationen i.S. von Entwertungs- und Widerstandsphänomenen auftreten (vgl. *Wexberg,* 1975, S. 317).

Literatur

Ackerknecht, L. K., Das Alter und die Behandlung alter Menschen aus der Sicht der Individualpsychologie Alfred Adlers, *Integr. Therapie,* 3/4, 1978, 231-249.

Ackerknecht, L. K., Individualpsychologische Kinder- und Jugendpsychotherapie, Reinhardt, München, 1982.

Adler, A., Gesundheitsbuch für das Schneidergewerbe, C. Heymanns, Berlin, 1898.

Adler, A., Die andere Seite, Heidrich, Wien, 1919.

Adler, A., Individual Psychology, *Journ. Abnorm. Psychol,* 2, 1977, 116-122.

Adler, A., Technique of Treatment, 1932, abgedruckt in *Ansbacher, H., Ansbacher, R.* (Hrsg.): Superiority and Social Interest, Viking, New York, 1964, 191-201.

Adler, A., Über den Ursprung des Strebens nach Überlegenheit und des Gemeinschaftsgefühles, *Intern. Ztschr. Indiv. Psychol,* 11, 1933, 257-263.

Adler, A., Rezension von *W. B. Cannon,* The Wisdom of the Body, *Intern. Ztschr. Indiv. Psychol.,* 12, 1933a, S. 154.

Adler, A., Körperliche Auswirkungen seelischer Störungen, *Int. Ztschr. Indiv. Psychol.,* 12, 1934a, 65-71.

Adler, A., Die Formen der seelischen Aktivität. Ein Beitrag zur individualpsychologischen Charakterkunde, *Intern. Ztschr. Indiv. Psychol.,* 12, 1934b, 1-5.

Adler, A., The fundamental views of Individual Psychology, *Int. J. Indiv. Psychol.,* 1, 1935, 5-8.

Adler, A., Psychiatric aspects regarding individual and social disorganization, *Amer. Journ. Sociol.,* 42, 1937, 773-780.

Adler, A., Menschenkenntnis, Fischer, Frankfurt, (1927) 1966.
Adler, A., Über den nervösen Charakter, Fischer, Frankfurt, (1928) 1972.
Adler, A., Furtmüller, C. (Hrsg.), Heilen und Bilden, Fischer, Frankfurt, (1929) 1973a.
Adler, A., Praxis und Theorie der Individualpsycholoige, Fischer, Frankfurt, (1930) 1974a.
Adler, A., Die Technik der Individualpsychologie 2, Fischer, Frankfurt, (1930), 1974b.
Adler, A., Studie über Minderwertigkeit der Organe, Fischer, Frankfurt, (1907) 1977.
Adler, A., Das Problem der Homosexualität und sexueller Perversionen, Fischer, Frankfurt, (1930) 1977b.
Adler, A., Lebenskenntnis, Fischer, Frankfurt, (1929) 1978.
Adler, A., Wozu leben wir? Fischer, Frankfurt, (1931) 1979b.
Adler, A., Neurosen. Fallgeschichten, Fischer, Frankfurt, (1929) 1981b.
Adler, A., Bolschewismus und Seelenheilkunde, in: Psychotherapie und Erziehung, Bd. I, Fischer, Frankfurt, (1919) 1982a, 23-32.
Adler, A., Zusammenhänge zwischen Neurose und Witz, in: Psychotherapie und Erziehung, Bd. I, Fischer, Frankfurt, (1927) 1982a, 178-181.
Adler, A., Kurze Bemerkungen über Vernunft, Intelligenz und Schwachsinn, in: Psychotherapie und Erziehung, Bd. I, Fischer, Frankfurt, (1928) 1982a, 224-231.
Adler, A. Die Individualpsychologie in der Neurosenlehre, in: Psychotherapie und Erziehung, Bd. I, Fischer, Frankfurt, (1929), 1982a, 238-248.
Adler, A., Grundbegriffe der Individualpsychologie, in: Psychotherapie und Erziehung, Bd. II, Fischer, Frankfurt, (1930) 1982b, 22-34.
Adler, A., Zwangsneurose, in: Psychotherapie und Erziehung, Bd. II, Fischer, Frankfurt, (1931), 1982b, 85-105.
Adler, A., Technik der Behandlung, in: Psychotherapie und Erziehung Bd. II, Fischer, Frankfurt, (1932) 1982b, 253-262.
Adler, Alexandra, Technik der Erziehungsberatung, *Intern. Ztschr. Indiv. Psychol.*, 7, 1929, 190-202.
Adler, Alexandra, Guiding Human Misfits, Kraus Reprints, New York, 1973.
Adler, K. A., Life Style in Schizophrenia, *Journ. Indiv. Psychol.*, 14, 1958, 68-72.
Adler, K. A., Depression in the Light of Individual Psychology, *Journ. Indiv. Psychol.*, 17, 1961, 56-67.
Adler, K. A., Philosophical and Sociological Concepts in Adlerian Psychology, in: Proceedings of the Symposium *The Individual Psychology of Alfred Adler*, University of Oregon, Eugene, 1977, 1-16.
Adler, K. A., An Adlerian View of the Development and the Treatment of Schizophrenia, *Journ. Indiv. Psychol.*, 35, 1979, 147-161.
Allen, T. W., The Individual Psychology of Alfred Adler, *Couns. Psychol., 3*, 1971a, 3-24.
Allen, T. W., A Life Styler, *Couns. Psychol.*, 3, 1971b, 25-29.
Allen, T. W., Adlerian Interview Strategies for Behavior Change, *Couns. Psychol.*, 3, 1971c, 40-48.
Allers, R., Das Werden der sittlichen Person, Herder, Freiburg, 1929.
Ammon, G., Gruppendynamik der Aggression, Kindler, München, 1973.
Ansbacher, H. L., Sensus Privatus versus Sensus Communis, *Journ. Indiv. Psychol.*, 21, 1965, 48-50.
Ansbacher, H. L., Life Style: A Historical and Systematic Review, *Journ. Indiv. Psychol.*, 23, 1967, 191-212.
Ansbacher, H. L., Adler's „Striving for Power" in Relation to Nietzsche, *Journ. Indiv. Psychol.*, 28, 1972, 12-24.

Ansbacher, H. L., Adlers's Interpretation of Early Recollections: Historical Account, *Journ. Indiv. Psychol.*, 29, 1973, 135-145.

Ansbacher, H. L., Individual Psychology, in: *Corsini, R. J.* (Hrsg.), Current Personality Theories, F. E. Peacock, Itasca, Ill., 1977, 45-82.

Ansbacher, H. L., Die Rolle der Dialektik in der Adlerschen Psychologie, in: *Kausen, R., Mohr, F. J.* (Hrsg.), Beiträge zur Individualpsychologie 1, Reinhardt, München, 1978, 16-24.

Ansbacher, H. L., Alfred Adler, in: *Kaplan, H. J., Freedman, A. M., Sadock, B. J.*, (Hrsg.), Comprehensive Textbook of Psychiatry, III., Bd. 1, Williams & Wilkins, Baltimore, London, 1980, 729-740.

Ansbacher, H. L., Ansbacher, R., Superiority and Social Interest, Northwestern University Press, Evanston, 1964.

Ansbacher, H. L., Ansbacher, R., Alfred Adlers Individualpsychologie, Reinhardt, München, 1972.

Ansbacher, H. L., Ansbacher, R., An Interview, in: Proceedings of the Symposium *The Individual Psychology of Alfred Adler*, University of Oregon, Eugene, 1977, 95-102.

Ansbacher, H. L., Ansbacher, R. (Hrsg.), Cooperation Between the Sexes: Alfred Adler, Anchor Books, Garden City, New York, 1978.

Baruth, L., Eckstein, D. (Hrsg.), Life Syle, Theory, Practice and Research, Kendall, Dubuque, 1978.

Beck, A., Cognitive Therapy and the Emotional Disorders, Int. Univ. Press, New York, 1976.

Beck, A., Cognitive Therapy: Nature and Relation to Behavior Therapy, *Behavior Therapy*, 1, 1970, 184-200 (*Deutsche Übersetzung* in: *Hoffmann, N.* (Hrsg.), Grundlagen kognitiver Therapie, Huber, Bern, 1979).

Bergson, H., Schöpferische Entwicklung (1888), Diederichs, Jena, 1912.

Bergson, H., Materie und Gedächtnis, Diederichs, Jena, 1912.

Bernard, C., An Introduction to the Study of Experimental Medicine (Orig.: Introduction à la médicine experimentale, (1863), MacMillan, New York, 1957.

Birnbaum, F., Die individualpsychologische Versuchsschule in Wien, *Intern. Ztschr. Indiv. Psychol.*, 10, 1932, 176-183.

Blankenberg, W., Ansätze zu einer Psychologie des „common sense", *Conf. Psychiat.*, 12, 1969, 149-157.

Borden, B. L., Early Recollections as a Diagnostic Technique, *Journ. Indiv. Psychol.*, 38, 1982, 207-212.

Bornemann, E., Einführung zu: *Ansbacher, H. L., Ansbacher, R.* (Hrsg.) Alfred Adlers Individualpsychologie, Reinhardt, München, 1972.

Bottome, Ph., Alfred Adler: Apostle of Freedom (1938), Faber & Faber, New York, 1957.

Bühler, Ch., Massarik, F., Lebenslauf und Lebensziele, G. Fischer, Stuttgart, 1963.

Brachfeld, D., Minderwertigkeitsgefühle beim Einzelnen und in der Gemeinschaft, Klett, Stuttgart, 1953.

Brodsky, P., The Diagnostic Importance of Early Recollections, *Amer. Journ. Psychoth.*, 6, 1952, 484-493.

Brome, V., Sigmund Freud und sein Kreis, List, München, 1969.

Brown, J. A. C., Freud and the Post-Freudians, Penguin, Harmondsworth, (1961), 1969.

Bruder-Bezzel, A., Alfred Adler. Die Entstehungsgeschichte einer Theorie im historischen Milieu Wiens, Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 1983.

Brunner, R., Kausen, R., Titze, M. (Hrsg.), Wörterbruch der Individualpsychologie, Reinhardt, München, 1984 (in Vorbereitung).

Bubenzer, D. L., Zarski, J. J., Walter, D. A., Measuring Social Interest, *Journ. Indiv. Psychol.*, 35, 1979, 202-213.
Cannon, W. B., The Wisdom of the Body, Norton, New York, (1932) 1963.
Castaneda, C., Die Lehren des Don Juan, Fischer, Frankfurt, 1973.
Castaneda, C., Eine andere Wirklichkeit, Fischer, Frankfurt, 1975.
Chapman, A. J., Foot, H. C., (Hrsg.), Humour and Laughter: Theory, Research and Applications, John Wiley, London, 1976.
Chapman, A. J., Foot, H. C. (Hrsg.), It's a Funny Thing, Humour, Pergamon, Oxford, 1977.
Cicourel, A. V., Regeln des Alltagshandelns. Ein Kognitiv-linguistischer Ansatz, in: *Heigl-Evers, A.* (Hrsg.), Die Psychologie des 20. Jahrhunderts, Bd. VIII, Kindler, Zürich, 1979, 405-412.
Charcot, J. M., Oeuvres Complètes, *Progrés Medical*, III., 1890, 290-359.
Colby, A., Kohlberg, L., Das moralische Urteil: Der kognitionszentrierte entwicklungspsychologische Ansatz, in: *Steiner, G.* (Hrsg.), Die Psychologie des 20. Jahrhunderts, Bd. VII, Kindler, Zürich, 348-366.
Corsini, R. J., Roleplaying in Psychotherapy, Foreword by Rudolf Dreikurs, Aldine, Chicago, 1966.
Corsini, R. J. (Hrsg.), Current Personality Theories, F. E. Peacock Publishers, Itasca, Ill., 1977.
Croake, J. W., Hayden, B. J., Trait Oppositeness in Siblings, *Journ. Indiv. Psychol.*, 31, 1975, 175-178.
Crookshank, F. G., Individual Psychology and Nietzsche, *Indiv. Psychol. Medic. Pamphl.*, 10, 1933, 7-76.
Deutsch, D., Family Therapy and Family Life Style, *Journ. Indiv. Psychol.*, 23, 1967, 217-223.
Dewey, E., Familienatmosphäre, in: *Nikelly, A. G.* (Hrsg.), Neurose ist eine Fiktion, Kindler, München, 1978, 58-64.
Dewey, J., Individualität in der Gegenwart, *Intern. Ztschr. Indiv. Psychol.*, 8, 1930, 567-576.
Dilthey, W., Ideen zu einer beschreibenden und zergliedernden Psychologie, Preuß. Akad. d. Wissensch., Berlin, 1894.
Dimond, J. S., Beaumont, J. G. (Hrsg.), Hemisphere Function and the Brain, Elek Science, London, 1974.
Dowd, E. Th., Kelly, F. D., Adlerian Psychology and Cognitive Behavior Therapy, *Journ. Indiv. Psychol.*, 36, 1980, 119-135.
Dreikurs, R., Grundbegriffe der Individualpsychologie, Klett, Stuttgart, 1969.
Dreikurs, R., Soziale Gleichwertigkeit, Klett, Stuttgart, 1972.
Dreikurs, R., Zur Psychotherapie in der Medizin, Reinhardt, München, 1980.
Dreikurs, R., Corsini, R., Lowe, R., Sonstegard, M., Adlerian Family Counseling, The University Press of Oregon, Eugene, 1959.
Dreikurs, R., Grunwald, B., Pepper, F. C., Schülern gerecht werden, Urban & Schwarzenberg, München, 1976.
Dreikurs, R., Soltz, V., Kinder fordern uns heraus, Klett, Stuttgart, 1975.
Dreikurs-Ferguson, E., The Use of Early Recollections for Lifestyle and Diagnosing Psychopathology, *Journ. Proj. Techn.*, 28, 1964, 403-412.
Dreitzel, H. P., Rollentheorie, in: *Heigl-Evers, A.* (Hrsg.), Psychologie des 20. Jahrhunderts, Bd. VIII, Kindler, Zürich, 70-77.
Dreitzel, H. P., Die gesellschaftlichen Leiden und das Leiden an der Gesellschaft, Enke, Stuttgart, 1980.

Dreyfuß, E., Nikelly, A. G., Existentialhumanismus in der Adlerschen Psychotherapie, in: *Nikelly, A. G.* (Hrsg.), Neurose ist eine Fiktion, Kindler, München, 1978, 27-35.
Dubois, P., Les Psychonévroses et leur Traitement Moral, Masson, Paris, 1904.
Eckstein, D., Baruth, L., Mahrer, D., Lifestyle. What It Is and How to Do It, Alfred Adler Institute, Chicago, 1975.
Eder, A., „Ostara" oder die Auswirkungen von Ressentiments, in: *Sotriffer, K.* (Hrsg.), Das größere Österreich, Tusch, Wien, 1982, 134-137.
Ellenberger, H. F., Die Entdeckung des Unbewußten, 2 Bände, Huber, Bern, 1973.
Ellis, A., Humanistic Psychotherapy, McGraw-Hill, New York, 1973.
Ellis, A., Die rational-emotive Therapie, Pfeiffer, München, 1977.
Essen, S., Individualpsychologie und Psychodrama, in: *Petzold, H. G.* (Hrsg.), Dramatische Therapie, Hippokrates, Stuttgart, 1982, 188-204.
Fages, J. B., Geschichte der Psychoanalyse nach Freud, Ullstein, Frankfurt, 1981.
Falbo, T., The only Child: A Review, *Journ. Indiv. Psychol.*, 33, 1977, 47-61.
Farberow, N. C., Shneidman, E. S. (Hrsg.), The Cry for Help, McGraw-Hill, New York, 1961.
Faris, E., The Social Psychology of George Mead, *Amer. Journ. Soc.*, XLIII, 1937, 391-403.
Fenichel, O., Die Identifizierung, *Intern. Ztsch. Psychoanal.*, 12, 1926, 309-323.
Fiedler, F. E., A Comparison of Therapeutic Relationships in Psychoanalytic, Nondirective and Adlerian Therapy, *Journ. Consult. Psychol.*, 14, 1950, 436-445.
Forer, L. K., The Birth Order Factor, David McKay, New York, 1976.
Forer, L. K., Use of Birth Order Information in Psychotherapy, *Journ. Indiv. Psychol.*, 33, 1977a, 105-113.
Forer, L. K., Bibliography of Birth Order Literature in the 70's, *Journ. Indiv. Psychol.*, 33, 1977b, 122-141.
Frankl, V. E., Psychotherapie und Weltanschauung, *Intern. Ztschr. Indiv. Psychol.*, 3, 1925, 250-252.
Frankl, V. E., Paradoxical Intention, *Amer. Journ. Psychother.*, 14, 1960, 520-535.
Frankl, V. E., Forerunner of Existential Psychiatry. Tribute to Alfred Adler on 100th Birthday, *Journ. Indiv. Psychol.*, 26, 1970, 12.
Freschl, R., Friedrich Nietzsche und die Individualpsychologie, *Intern. Ztschr. Indiv. Psychol.*, 14, 1936, 50-61.
Freud, S., Der Witz und seine Beziehung zum Unbewußten (1905), Ges. Werke Bd. 6, Taschenbuchausgabe, Fischer, Frankfurt, 1958.
Freud, S., Der Humor (1928), Ges. Werke Bd. 14, Imago, London, 1940-1952.
Freudenberg, S., Erziehungs- und Heilpädagogische Beratungsstellen, Hirzel, Leipzig, 1928.
Friedman, A. R., Familie und Erziehungsberatung, *Intern. Ztschr. Indiv. Psychol.*, 7, 1929, 179-183.
Furtmüller, C., Alfred Adlers Werdegang, in: Denken und Handeln, Reinhardt, München, 1983, S. 233-276.
Furtmüller, C., Psychoanalyse und Ethik (1912), in: Denken und Handeln, Reinhardt, München, 1983, S. 53-73.
Gatterer, C., Wider den Zeitgeist. Zur Nationalitätenfrage in Österreich-Ungarn, in: *Sotriffer, K.* (Hrsg.), Das größere Österreich, Tusch, Wien, 1982, 88-102.
Glasser, W., Realitätstherapie, Beltz, Weinheim, 1972.
Goldstein, K., Der Aufbau des Organismus, Nighoff, Den Haag, (1934) 1963.
Goldstein, K., Human Nature in the Light of Psychopathology, Harward University Press, Cambridge, 1940.

Goldstein, K., Notes on the Development of My Concept, *Journ. Indiv. Psychol.*, 15, 1959, 5-14.
Goldstein, K., Selected Papers, Martinus Nijhoff, The Hague, 1971 (Phaenomenologica 43).
Goldstein, J. H., McGhee, P. E., (Hrsg.), The Psychology of Humor, Academic Press, New York, 1972.
Grathoff, R., Grenze und Übergang: Bestimmung einer cartesianischen Sozialwissenschaft, *Soziale Welt*, 23, 1972, 383-400.
Grawe, K., Implikation und Anwendungsmöglichkeiten der vertikalen Verhaltensanalyse für die Sichtweise und Behandlung psychischer Störungen, Universität Bern, 1982.
Grey, C., A Comparison of the Educational Philosphy of John Dewey and Alfred Adler, *Amer. Journ. Indiv. Psychol.*, 11, 1954, 71-80.
Heidegger, M., Sein und Zeit, Niemeyer, Tübingen (1927) 1979.
Heine, R. W., A Comparison of Patient's Reports on Psychotherapeutic Experiences with Psychoanalytic, Non-directive and Adlerian Therapists, Amer. Journ. Psychother., 7, 1953, 16-23.
Heisterkamp, G., Das Konzept des Widerstands in der Individualpsychologie, in: *Petzold, H.* (Hrsg.), Widerstand. Ein strittiges Konzept in der Psychotherapie, Junfermann, Paderborn, 1981, 121-139.
Heisterkamp, G., Psychotherapie als Beziehungsanalyse, *Ztschr. Indiv. Psychol.*, 8, 1983, S. 86-105.
Hellgardt, H., Humor als Mut zur Umkehr des Erhabenen, *in: Kausen, R.* (Hrsg.), Mut zur Unvollkommenheit, Rex, Luzern, 1979.
Hess, R. D., Handel, G., Family Worlds: a Psychosocial Approach to Family Life, Univ. Chicago Press, Chicago, 1959.
Hobbes, T., Leviathan (1651), Penguin, Harmondsworth 1968.
Hoffman, N., Weiß, E. Ein Zwang, Huber, Bern, 1983.
Holland, G., Transactional Analysis, in: *Corsini, R. R.* (Hrsg.); Current Psychotherapies, Peacock, Itasca, Ill., 1973, S. 353-399.
Holub, M., Besprechung von John Dewey, Die menschliche Natur, ihr Wesen und ihr Verhalten, in: *Intern. Ztschr. Indiv. Psychol.*, 10, 1932, 80.
Hoppe, K. D., Die Trennung der Gehirnhälften, *Psyche*, 10, 1975, 919-939.
Husserl, E., Ideen zu einer reinen Phänomenologie und phänomenologischen Philosophie, 1909, Band I-III, Nijhoff, Den Haag, (1909) 1952.
Husserl, E., Die Idee der Phänomenologie, 1907, Nijhoff, Den Haag, 1973.
James, W., Pragmatism — a New Name for Some Old Ways of Thinking, Longmans, Green & Co., London, 1911.
James, W., The Principles of Psychology, Vol. 1 und 2, Dover Publ., New York, 1950.
Janet, P., Névroses et Idées Fixes, Alcan, Paris, 1898.
Joas, H., Praktische Intersubjektivität. Die Entwicklung des Werkes von G. H. Mead, Suhrkamp, Frankfurt, 1980.
Jones, E., Das Leben und Werk von Sigmund Freud, Huber, Bern, 1960.
Jones, J. S., Hitlers Weg begann in Wien, 1907-1915, Limes, Wiesbaden, 1980.
Kadis, A., Greene, J. S., Freedman, N., Early Childhood Recollections — an Integrative Technique of Personality Test Data, *Amer. J. Indiv. Psychol.*, 10, 1952, 31-42.
Kapner, G., Die „Ziegelböhm" Folgen der industriellen Revolution, in: *Sotriffer, K.* (Hrsg.), Das größere Österreich, Tusch, Wien, 1982, 114-118.
Katz, D., Gestaltpsychologie, Schwabe, Basel, (1920), 1969.
Kausen, R., Einflüsse auf Adlers Gedankengut, in: *D. Eicke*, (Hrsg.), Die Psychologie des 20. Jahrhunderts, Bd. III, Kindler, Zürich, 1977, 529-534.

Kausen, R., (Hrsg.), Mut zur Unvollkommenheit, Rex, Luzern, 1979.
Kelly, F. D., Main, F. O., Idiographic Research in Adlerian Psychology, *Journ. Indiv. Psychol.*, 34, 1978, 221-231.
Kemper, W. W., Autobiographie in: *Pongratz, L. J.* (Hrsg.), Psychotherapie in Selbstdarstellungen, Huber, Bern, 1973, 259-345.
Koestler, A., The Act of Creation, Macmillan, New York, 1964.
Koestler, A., Humour and Wit, *Encyclopaedia Britannica*, (15. Auflage) 1973.
Kohlberg, L., Moral Development and Identification, in: *H. W. Stevenson* (Hrsg.), Child Psychology, University of Chicago Press, Chicago, 1963.
Kohlberg, L., Stage and Sequence: The Cognitive Developmental Approach to Socialization, in: Handbook of Socialization, Chicago, 1969, 347-480.
Kohlberg, L., Moral Development and Behavior, Holt, Rinehart & Winston, New York, 1976.
Kohlberg, L., The Philosophy of Moral Development, Harper & Row, New York, 1981.
Kraiker, Ch., Psychoanalyse, Behaviorismus, Handlungstheorie, Kindler, München, 1980.
Kretschmer, W., Ernst Kretschmer und die Individualpsychologie, *Ztschr. Indiv. Psychol.*, 8, 1983, 163-179.
Kronfeld, A., Perspektiven der Seelenheilkunde, Thieme, Leipzig, 1930.
Krüll, M., Sigmund Freud und sein Vater, Beck, München, 1979.
Künkel, F., Einführung in die Charakterkunde (1929), Hirzel, Stuttgart, 1975.
Künkel, F., Charakter, Leiden und Heilung (1934), Hirzel, Stuttgart, 1976.
Landsman, T., Four Phenomenologies, *Journ. Indiv. Psychol.*, 14, 1958, 29-37.
Lazarsfeld, S., Mut zur Unvollkommenheit, *Intern. Ztschr. Indiv. Psychol.*, 4, 1926, 375-381.
Lazarsfeld, S., Zehn Jahre Wiener Beratungsarbeit, Springer, Berlin, 1931.
Lenzberg, K., Über Witz und Humor, *Intern. Ztschr. Indiv. Psychol.*, 8, 1930, 188-194.
Leser, N., Minderwertigkeitskomplexe. Alfred Adler und die erste Republik, in: *K. Sotriffer* (Hrsg.), Das größere Österreich, Tusch, Wien, 1982, 234-237.
Lickona, T. (Hrsg.), Moral Development and Behavior: Theory, Research and Social Issues, Holt, Rinehart & Winston, New York, 1976.
Litt, Th., Individuum und Gemeinschaft, Teubner, Leipzig, 1926.
Lord, D. B., On the Clinical Use of Children's Early Recollections, *Journ. Indiv. Psychol.*, 38, 1982, 198-206.
Mahoney, M., Kognitive Verhaltenstherapie, Pfeiffer, München, 1977.
Mahoney, M., (Hrsg.), Psychotherapy Process. Current Issues and Future Directions, Plenum Press, New York, 1980.
Manaster, G. J., Painter, G., Deutsch, D., Overholt, B. J., Alfred Adler: As We Remember Him, North American Soc. of Adlerian Psychology, 1977.
Maslow, A. H., Psychologie des Seins, Kindler, München, 1973.
Maslow, A. H., Motivation und Persönlichkeit, Rowohlt, Reinbek, 1981.
Maultsby, M., Rational Emotive Imagery, *Rational Living*, 6, 1971, 17-23.
Mead, G. H., Sozialpsychologie, Luchterhand, 1969.
Mead, G. H., Geist, Identität und Gesellschaft, (1934), Suhrkamp, Frankfurt, 1974.
Meister Eckehart, Vom Wunder der Seele, Reclam, Stuttgart, 1980.
Mende, J., Drill — oder Arbeitsschule? Die Wiener Reformpädagogik, in: *K. Sotriffer* (Hrsg.), Das größere Österreich, Tusch, Wien, 1982, 256-259.
Moser, J., „Deutsche Worte" oder wer ein Jude ist, in: *K. Sotriffer* (Hrsg.), Das größere Österreich, Tusch, Wien, 1982a, 83-91.

Moser, J., Die Leopoldstadt. Paradoxien des jüdischen Schicksals, in: *K. Sotriffer* (Hrsg.), Das größere Österreich, Tusch, Wien, 1982b, 214-218.
Messer, A., Wertphilosophie und Individualpsychologie, *Intern. Ztschr., Indiv. Psychol.*, III, 5, 1927.
Miller, G. A., Galanter, E., Pribram, K. H., Strategien des Handelns, Stuttgart, Klett, 1973.
Morris, L., Alfred Adler and George H. Mead, *Journ. Indiv. Psychol.*, 21, 1965, 199-200.
Mosak, H. H., Early Recollections as a Projective Technique, *Journ. Proj. Techn.*, 22, 1958, 302-311.
Mosak, H. H., The Interrelatedness of the Neuroses through Central Themes, *Journ. Indiv. Psychol.*, 24, 1968, 67-70.
Mosak, H. H., The Controller: A Social Interpretation of the Anal Character, in: *Mosak, H.* (Hrsg.), Alfred Adler: His Influence on Psychology Today, Noyes, Park Ridge, 1973.
Mosak, H. H., On Purpose, Alfred Adler Institute, Chicago, 1977.
Mosak, H., Dreikurs, R., Adlerian Psychotherapy, in: *Corsini, R. R.* (Hrsg.), Current Psychotherapies, Peacock, Itasca, Ill., 1973.
Mosak, H., Hahn, J., Humor and its Application in Psychotherapy, Alfred Adler Institute, Chicago, 1977.
Mozdierz, G. J., Macchitelli, F. J., Lisieki, J., The Paradox in Psychotherapy: an Adlerian Perspective, *Journ. Indiv. Psychol.*, 32, 1976, 169-184.
Müller, A., Grundlagen der Individualpsychologie, Classen, Zürich, 1973.
Natanson, M., The Social Dynamics of George H. Mead, The Hague, Nijhoff, 1975.
Neuer, A., Ist Individualpsychologie als Wissenschaft möglich? *Intern. Ztschr. Indiv. Psychol.*, 1, 1914, 3-8.
Neuer, A., Mut und Ermutigung, in: *A. Adler, L. Seif, O. Kaus* (Hrsg.), Individuum und Gemeinschaft, Bergmann, München, 1926.
Neumann, J., Die Entwicklung der sittlichen Persönlichkeit, Gütersloh, Bertelsmann, 1931.
Neumann, J., Der nervöse Charakter und seine Heilung, Hippokrates, Stuttgart, 1954.
Nigel, D., Alfred Adler and the Style of Life, *Encounter*, 35, 1970, 7-23.
Nikelly, A. G., Privatintelligenz, in: *Nikelly, A. G.* (Hrsg.), Neurose ist eine Fiktion, Kindler, München, 1978, 78-82.
Nikelly, A. G., Grundlegende Prozesse individualpsychologischer Psychotherapie, in: *Nikelly, A. G.* (Hrsg.), Neurose ist eine Fiktion, Kindler, München, 1978a, 42-54.
Nikelly, A. G., O'Connel, W., Aktionsorientierte Methoden, in: *Nikelley, A. G.* (Hrsg.), Neurose ist eine Fiktion, Kindler, München, 1978, 106-111.
Nowotny, K., Die individualpsychologische Behandlungsmethode, in: *Wexberg, E.* (Hrsg.), Hdb. d. Individualpsychologie, (1926), J. C. Bonset, Amsterdam, 1966.
Nunberg, H., Federn, E. (Hrsg), Die Protokolle der Wiener psychoanalytischen Vereinigung, Bd. II (1908-1910), Fischer, Frankfurt, 1977.
O'Connel, W., Action Therapy and Adlerian Theory, Alfred Adler Institute, Chicago, 1975.
Offer, D., Sabshin, M., Normality, Theoretical and Clinical Concepts of Mental Health, Basic Books, New York, 1966.
Orgler, H., Alfred Adler, Triumph über den Minderwertigkeitskomplex, Kindler, München, 1974.
Ornstein, R., Die Psychologie des Bewußtseins, Fischer, Frankfurt, 1976.

Papanek, E., The Austrian School Reform: Its Bases, Principles and Development — The Twenty Years Between the two World Wars, Fell, New York, 1962.
Papanek, H., Change of Ethical Values in Group Psychotherapy, *Intern. Journ. Group Psychother.*, XIII, 1958, 435-444.
Papanek, H., Psychotherapy Without Insight: Group Therapy as Milieu Therapy, Journ. Indiv. Psychol., 17, 1961, 184-192.
Papanek, H., Papanek, E., Individual Psychology Today, *Amer. Journ. Psychoth.*, 15, 1961, 4-26.
Pedersen, P. B., Asian Personality Therapy, in: *Corsini, R. R.* (Hrsg.), Current Personality Theories, Peacock, Itasca, Ill., 1977, 367-397.
Petzold, H. G. (Hrsg.), Dramatische Therapie, Hippokrates, Stuttgart, 1982.
Piaget, J., Sprechen und Denken des Kindes, Schwann, Düsseldorf, (1923), 1972.
Piaget, J., Das moralische Urteil beim Kinde, Suhrkamp, Frankfurt, (1932), 1979.
Plessner, H., Die Stufen des Organischen und der Mensch, De Gruyter, Berlin, 1928.
Plessner, H., Soziale Rolle und menschliche Natur (1960), in: Diesseits der Utopie, Suhrkamp, Frankfurt, 1974, 23-35.
Plessner, H., Der imitatorische Akt (1961), in: Diesseits der Utopie, Suhrkamp, Frankfurt, 1974, 173-180.
Peirce, Ch., Zur Entstehung des Pragmatismus, Bd. I und II, Suhrkamp, Frankfurt, 1967.
Polster, E., Polster, M., Gestalttherapie, Kindler, München, 1975.
Pongratz, C. J., Hauptströmungen der Tiefenpsychologie, Kröner, Stuttgart, 1983.
Rattner, J., Alfred Adler in Selbstzeugnissen und Bilddokumenten, Rowohlt, Reinbek, 1972.
Rattner, J., Verstehende Tiefenpsychologie, Verlag für Tiefenpsychologie, Berlin, 1976.
Rattner, J., Alfred Adler als geistige Gestalt, *Ztschr. Indiv. Psychol.*, 5, 1980, 46-61.
Ringel, E., Selbstschädigung durch Neurose, Herder, Wien, 1975.
Ringel, E., Brandl, G. (Hrsg.), Ein Österreicher namens Alfred Adler, Öster. Bundesverlag, Wien, 1977.
Roazen, P., Sigmund Freud und sein Kreis, Lübbe, Bergisch Gladbeck, 1976.
Rogers, C. R., Die klientbezogene Gesprächstherapie, Kindler, München, 1973.
Rogner, J., Verhalten und Handlung, Vortrag gehalten am XV. Weltkongreß der Int. Vereinigung f. Individualpsychologie, Wien, 1982.
Rogner, J., Individualpsychologische Typologien, *Ztschr. Indiv. Psychol.*, 7, 1982a, 1-13.
Rogner, J., Selbsteinschätzungen im Vergleich mit Geschwistern: Merkmals- und Personenklassifikationen, *Ztschr. Indiv. Psychol.*, 8, 1983, 168-173.
Rogner, J., Titze, B., Individualpsychologie und empirische Persönlichkeitsforschung, *Ztschr. Indiv. Psychol.*, 5, 1980, 224-226.
Rosen, M. A., Wyer, R. S., Some further Evidence for the „Socratic Effect", *Journ. Soc. Psychol.*, 24, 1972, 490-494.
Rom, P., Alfred Adler's Individual Psychology and its History, *Ind. Psychol., Pamphl.*, 1, 1976.
Russo, C., Bemerkungen über die Anschauungen Kants, *Intern. Ztschr. Indiv. Psychol.*, 2, 1924, 13-18.
Scharmer, F., Spiel., O., Die Schulklasse: Eine Arbeits- und Lebensgemeinschaft, *Intern. Ztschr. Indiv. Psychol.*, 6, 1928, 236-251.
Schilder, P., Medizinische Psychologie für Ärzte und Psychologen, Springer, Berlin, 1924.
Schmidt, R., Träume und Tagträume, Kohlhammer, Stuttgart, 1980.

Schrecker, P., Henri Bergsons Philosophie der Persönlichkeit, *Schr. Verein freie psychoanal. Forsch.*, Reinhardt, München, 1912.
Schrecker, P., Die individualpsychologische Bedeutung der ersten Kindheitserinnerungen, *Zbl. Psychoanal. Psychoth.*, 4, 1913-1914, 121-130.
Schultz-Hencke, H., Der gehemmte Mensch, Thieme, Leipzig, 1940.
Schütz, A., Der sinnhafte Aufbau der sozialen Welt, Springer, Wien, 1960.
Schütz, A., Gesammelte Aufsätze, Band 1-3, Nijhoff, Den Haag, 1971.
Schwarz, D., Die Sinnfindung als Kategorie des ärztlichen Denkens, *Klin. Wchnschr.*, 24, 1923.
Seelbach, H., Verstehende Psychologie und Individualpsychologie, *Intern. Ztschr. Indiv. Psychol.*, 10, 1932, 262-288, 368-391, 452-472.
Seelmann, K., Adlers Individualpsychologie, in: *Eicke, D.* (Hrsg.), Die Psychologie des 20. Jahrhunderts, Band III, Kindler, Zürich, 1977, 552-623.
Seidler, R., Zilahi, L., Die individualpsychologischen Erziehungsberatungsstellen in Wien, *Intern. Ztschr. Indiv. Psychol.*, 7, 1929, 161-170.
Shlien, J. M., Mosak, H. H., Dreikurs, R., Effect of Time Limits: A Comparison of Two Psychotherapies, *Journ. Couns. Psychol.*, 9, 1962, 31-34.
Shulman, B. H., The Family Constellation in Personality Diagnosis (1962), in: Contributions to Individual Psychology, Alfred Adler Institute, Chicago, 1973.
Shulman, B. H., An Adlerian Theory of Dreams, in: Contributions to Individual Psychology (1969), Alfred Adler Institute, Chicago, 1973.
Shulman, B. H., Life Style, in: Contributions to Individual Psychology, Alfred Adler Institute, Chicago, 1973.
Shulman, B. H., Individualpsychologische Schizophreniebehandlung (1967), Reinhardt, München, 1980.
Shulman, B. H., Mosak, H. H., Birth Order and Ordinal Position: Two Adlerian Views, *Journ. Indiv. Psychol.*, 33, 1977, 114-121.
Silcher, L., Wer ist „man"? *Intern. Ztschr. Indiv. Psychol.*, 19, 1950, 1-8.
Simpson, H. W., Stoic Arologetics, Oak Park, Ill., Selbstverlag 1966.
Skopec, M., Begründer der Unfallchirurgie, in: *Sotriffer, K.* (Hrsg.), Das größere Österreich, Tusch, Wien, 1982, 292-295.
Smuts, J. C., Holism and Evolution (1927), Viking Press, New York, 1961.
Sotriffer, K. (Hrsg.), Das größere Österreich, Tusch, Wien, 1982.
Sperber, M., Alfred Adler: Der Mensch und seine Lehre, Bergmann, München, 1926.
Sperber, M., Alfred Adler oder das Elend der Psychologie, Fischer, Frankfurt, 1977.
Sperber, M., Individuum und Gemeinschaft, Klett-Cotta, Stuttgart, 1978.
Sperry, R., A Modified Concept of Consciousness, *Psychol. Rev.*, 76, 1969, 532-536.
Spiel, O., Am Schaltbrett der Erziehung (1947), Huber, Bern, 1979.
Spiel, W., Therapie in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Thieme, Stuttgart, 1967.
Spiel, W., Das erste Lebensjahr, in: *Spiel, W.* (Hrsg.), Die Psychologie des 20. Jahrhunderts, Band XI, Kindler, Zürich, 1980a, 59-91.
Spiel, W., Vom ersten bis zum fünften Lebensjahr, in: *Spiel, W.* (Hrsg.), Die Psychologie des 20. Jahrhunderts, Kindler, Zürich, 1982b, 92-125.
Spranger, E., Lebensformen, Niemeyer, Halle, 1928.
Starr, A., Sociometry of the Family, in: *Mosak, H. H.* (Hrsg.), Alfred Adler: His Influence on Psychology Today, Noyes, Park Ridge, 1973, 95-105.
Starr, A., Psychodrama, Rehearsal for Living, Nelson Hall, Chicago, 1977.
Staub, E., Positive Social Behavior and Morality, Bd. I, II, Academic Press, New York, 1978.

Staub, E., Entwicklung prosozialen Verhaltens. Zur Psychologie der Mitmenschlichkeit, Urban & Schwarzenberg, München, 1982.
Suzuki, D. T., Zen Buddhism, Doubleday, New York, 1956.
Suzuki, D. T., Über Zen Buddhismus, in: *Fromm, E., Suzuki, D. T., Martino, H.* (Hrsg.), Zen Buddhismus und Psychoanalyse, Suhrkamp, Frankfurt, 1972.
Sweeney, Th. J., Counseling, Houghton, Mifflin, Boston, 1975.
Taft, R., A Cluster Analysis for Hall and Lindzey, *Contemp. Psychol.*, 3, 1958, 143-144.
Terner, J., Pew, W. L., The Courage to be Imperfect, Hawthorn Books, New York, 1978.
Thorne, F. C., The Life Style Analysis, *Journ. Clin. Psychol.*, 31, 1975, 236-240.
Thorne, F. C., Pishkin, V., A Factorial Study of Needs in Relation to Life Styles, *Journ. Clin. Psychol.*, 31, 1975, 240-248.
Titze, B., Einige Bemerkungen zur Technik und Anwendbarkeit der „freien Thematisierung", *Ztschr. Indiv. Psychol.*, 8, 1983, 180-186.
Titze, B., Teleoanalytische Paartherapie, Junfermann, Paderborn (in Vorbereitung).
Titze, B., Titze, M., Individualpsychologische Familienberatung und Familientherapie, *Integrat. Therapie*, 8, 1982, 216-232.
Titze, M., Ist die „paradoxe Intention" eine individualpsychologische Technik? *Ztschr. Indiv. Psychol.*, 2, 1977, 103-122.
Titze, M., Objekte als Merkmalsträger bei Kindern, Schizophrenen und Angehörigen von Naturvölkern, *Ztschr. Indiv. Psychol.*, 3, 1978, 157-165.
Titze, M., Alfred Adler und die Grundlagen der Humanistischen Psychologie, *Integrat. Therapie*, 3/4 1978b, S. 222-230.
Titze, M., Die „konspirative Methode" der Teleoanalyse, *Partnerberatung*, 15, 1978c, 222-230.
Titze, M., Wie wir unsere Angst bewältigen können, Rex, München, 1979a.
Titze, M., Lebensziel und Lebensstil, Grundzüge der Teleoanalyse nach Alfred Adler, Pfeiffer, München, 1979b.
Titze, M., Das „Sicherungsparadoxon" und seine individualpsychologische Behandlung durch zwei Therapeuten, *Partnerberatung*, 16, 1979c, 8-12.
Titze, M., Der „Einmonatspakt". Darstellung einer Krisenintervention bei akuter Suizidalität, *Partnerberatung*, 16, 1979d, 196-201.
Titze, M., Der „psychosomatische Teufelskreis", *Ztschr. Indiv. Psychol.*, 5, 1980, 149-162.
Titze, M., Ist die Psychotherapie eine Naturwissenschaft? *Partnerberatung*, 18, 1980a, 21-24.
Titze, M., Der neurotische Konflikt als Ausdruck der Unverträglichkeit von privaten und sozialen Wirklichkeiten, *Integrat. Therapie*, 7, 1981a, 62-78.
Titze, M., „Stellungnahme", *Ztschr. Indiv. Psychol.*, 6, 1981b, 113-114.
Titze, M., Die Begegnung der Individualpsychologie mit der Logotherapie, *Vortrag*, gehalten am 15. Internationalen Kongreß für Individualpsychologie, Wien, 1982.
Titze, M., Individualpsychologie — Identität und Wandel in der Zeit, in: *Mohr, F. J.*, (Hrsg.), Beiträge zur Individualpsychologie, 4, Reinhardt, München, 1983.
Titze, M., Logotherapy as Cognitive Therapy, *Analecta Frankliana*, III, Institute of Logotherapy, Berkeley, 1984a.
Titze, M., Towards a Unified Concept of a „Humoristic Psychotherapy", in: *Frey, W. F., Salameh, W. A.* (Hrsg.), Handbook of Humor and Therapy, Jossey Bass, San Francisco, 1984b.
Titze, M., Individualpsychologie, in: *Lück, E., Miller, R., Rechtien, W.* (Hrsg.), Geschichte der Psychologie in Schlüsselbegriffen, Urban & Schwarzenberg, München, 1984c (in Druck).

Titze, M., Zur Finalität sozialen Handelns, *Ztschr. Indiv. Psychol.*, 9, 1984d, 30-40.
Toman, W., Preiser, S., Familienkonstellation und ihre Störungen, Enke, Stuttgart, 1973.
Vaihinger, H., Die Philosophie des Als Ob. Meiner, Leipzig, 1911.
Van Dusen, W., Adler and Existence Analysis, *Journ. Indiv. Psychol.*, 15, 1959, 100-111.
Wandeler, J., Die Individualpsychologie Adlers und ihre Beziehung zur Philosophie des Als Ob Hans Vaihingers, Gutenberg, Zürich, 1932.
Watzlawick, P., Die Möglichkeit des Andersseins, Huber, Bern, 1977.
Watzlawick, P., Beavin, J., Jackson, D. D., Menschliche Kommunikation, Huber, Bern, 1969.
Watkins, C. E., A Decade of Rasearch in Support of Adlerian Psychological Theory, *Journ. Indiv. Psychol.*, 38, 1982, 90-103.
Watkins, C. E., Some Characteristics of Research on Adlerian Psychological Theory, *Journ. Indiv. Psychol.*, 39, 1983, 99-110.
Way, L., Adler's Place in Psychology, Collier, New York, 1962.
Weber, M., Wirtschaft und Gesellschaft (1913), Kiepenheuer & Witsch, Köln, 1964.
Weigl, E., Ist die Strafe ein Erziehungsmittel? *Intern. Ztschr. Indiv. Psychol.*, 4, 1926, 348-354.
West, J. D., Bubenzer, D. L., A Factor Analytic Consideration of Life Style Data, *Journ. Indiv. Psychol.*, 34, 1987, 48-55.
Wexberg, E., Zur Frage nach dem Sinn des Lebens, *Intern. Ztschr. Indiv. Psychol.*, 3, 1925, 106-110.
Wexberg, E., Die individualpsychologische Behandlung, in: *Birnbaum, K.* (Hrsg.), Die psychischen Heilmethoden, Thieme, Leipzig, 1926.
Wexberg, E., Ausdrucksformen des Seelenlebens, Kampmann, Celle, 1928.
Wexberg, E., Neurosenwahl, *Intern. Ztschr. Indiv. Psychol.*, 9, 1931, 88-105.
Wexberg, E., Individualpsychologie: Eine systematische Darstellung (1928), Hirzel, Stuttgart, 1975.
Wilken, F., Staats- und Sozialwissenschaften, in: *Wexberg, E.* (Hrsg.), Handbuch der Individualpsychologie, Bd. 1, 2 (1926), Bonset, Amsterdam, 1966, 67-96.
Winetrout, K., Adlerian Psychology and Pragmatism, *Journ. Indiv. Psychol.*, 1968, 5-24.
Wolfensberger-Haessig, Ch., Verhaltensforschung im Kinderzimmer, Goldstein, München, 1974.
Wolfensberger-Haessig, Ch., Genetisch bedingte Motivationen im Verhalten des Kindes, in: *Spiel, W.* (Hrsg.), Die Psychologie des 20. Jahrhunderts, Band XI, Kindler, Zürich, 1980, 37-56.

Psychoanalyse
Am Anfang war die Couch

Rudolf Bock

1. Definition des Verfahrens

Für *Freud* ist „Psychoanalyse der Name

1. eines Verfahrens zur Untersuchung seelischer Vorgänge, welche sonst kaum zugänglich sind;

2. einer Behandlungsmethode neurotischer Störungen, die sich auf diese Untersuchung gründet;

3. einer Reihe von psychologischen, auf solchem Wege gewonnenen Einsichten, die allmählich zu einer neuen wissenschaftlichen Disziplin zusammenwachsen." (*Freud*, GW XIII, S. 211)

Die Reihenfolge ist nicht zufällig, denn Psychoanalyse ist ein Erkenntnisprozeß. Das sie leitende Erkenntnisinteresse ist die Heilung neurotischer Störungen durch Einsicht in deren unbewußte Entstehungsbedingungen.

Sowohl als Untersuchungs- als auch als psychotherapeutische Methode forscht sie nach der unbewußten Bedeutung von neurotischen Symptomen, Träumen, Phantasien, Fehlleistungen, aber auch alltäglichen Handlungen, Gesprächen und anderen Formen des zwischenmenschlichen Austausches.

Die Psychoanalyse bedient sich dazu der Methode des freien Assoziierens und der Deutung. Diese Methode steht vor allem im Dienste einer Klärung des unbewußten Beziehungsgeschehens zwischen Analytiker und Analysand. Es geht wesentlich darum, die in diesem Beziehungsgeschehen wirksamen gefühlsbetonten Wiederholungen frühkindlicher Beziehungsmuster und Wünsche durch die sogenannte Übertragungsanalyse bewußt zu machen. Dadurch wird die durch Verdrängungsleistungen verloren gegangene Kontinuität der Lebensgeschichte wieder hergestellt, wobei schon *Freud* den bedeutenden Einfluß gesellschaftlicher Faktoren auf das Verdrängungsgeschehen erkannte.

Alle Beobachtungen über die Äußerungen des Unbewußten werden schließlich durch einen komplexen Kanon psychologischer und psychopathologischer Theorien systematisiert.

Die Psychoanalyse ist eine auf diesen Theorien gründende Wissenschaft. Dabei wird ihre wissenschaftstheoretische Position immer noch heftig diskutiert.

Die einen verstehen sie als hermeneutische Wissenschaft (vgl. *P. Ricoeur* 1969, *J. Habermas* 1969, *A. Lorenzer* 1974 u. a.), andere als nomothetische und erklärende Wissenschaft (vgl. *Hartmann* 1959, *D. Rapaport* 1969, *H.-J. Möller* 1978 u. a.). Schließlich gibt es Versuche, beide Positionen zu rechtfertigen und eine Synthese anzustreben (vgl. *Pritz/Mitterauer* 1983, *Ulrich/Wiesse* 1983.

2. Geschichte

2.1 Vorläufer

Die Psychoanalyse ist bei aller Eigenständigkeit ihrer Entwicklung durch Sigmund *Freud* in einem hohen Maße historisch überdeterminiert. Als Praxis der Selbsterkenntnis kann man die Inschrift „Erkenne dich selbst" auf Apollos Tempel in Delphi als Motto für zahlreiche ihrer Vorläufer betrachten. Als Praxis der Einsicht in die Eigen- und Widerständigkeit der Irrationalität des Unbewußten darf man kulturgeschichtlich so unterschiedlich zu ortende Phänomene wie den Schamanismus (vgl. *Lévi-Strauss* 1967) und die Dämonologie, insbesondere die des Hochbarock (vgl. *Böckmann* 1964), ihrer Vorgeschichte zuordnen.

Eine notwendig ausführliche Vorgeschichte der Psychoanalyse wäre daher auch unter dem Gesichtspunkt einer Dialektik der Aufklärung im Sinne von *Adorno/Horkheimer* (1947) zu schreiben. Ein Gesichtspunkt, der sich wie folgt schon bei *Nietzsche* ankündigt: „Die eine gewiß sehr hohe Stufe der Bildung ist erreicht, wenn der Mensch über abergläubische und religiöse Begriffe und Ängste hinauskommt ... Dann aber ist eine rückläufige Bewegung nötig: er muß die historische Berechtigung, ebenso die psychologische in solchen Vorstellungen begreifen, er muß erkennen, wie die größte Förderung der Menschheit von dorther gekommen sei und wie man sich ohne eine solche rückläufige Bewegung der besten Ergebnisse der bisherigen Menschheit berauben würde." (*Nietzsche* IV/2, S. 37) *Freud*, wiewohl im Prinzip dem engen Rationalismus der Jahrhundertwende — der Aufklärung verpflichtet, meint dennoch in diesem Sinne, er habe es „gewagt, gegen den Einspruch der gestrengen Wissenschaft Partei für die Alten und für

den Aberglauben zu nehmen." (*Freud*, GW VII, S. 31) Er schreibt gelegentlich sogar: „Die dämonologische Theorie jener dunklen Zeit hat gegen alle somatischen Auffassungen der ‚exakten' Wissenschaftsperiode recht behalten. Die Besessenheiten entsprechen unseren Neurosen, zu deren Erklärung wir wieder psychische Mächte heranziehen." (*Freud*, GW XVII, S. 317f.)

Deshalb leuchtet es auch ein, daß *Ellenberger* vor Anton *Mesmer* (1734-1815), den von der wissenschaftlichen Öffentlichkeit kritisierten Entdecker des Magnetismus, den letzten bedeutenden Exorzisten im deutschen Sprachraum, Josef *Gassner* (1727-79), als wichtigen Vorläufer der Tiefenpsychologie betrachtet. (*Ellenberger* I, S. 89-113).

Psychoanalyse ist Bewußtmachung und in ganz spezifischer Weise sprachliche Darstellung von persönlichen Konfliktgeschichten, die in einem bestimmten soziokulturellen Kontext stattfinden. Daher darf man vor allem die Dichter und Romanschriftsteller, aber auch die großen Dramatiker der Geschichte zu den Vorläufern des psychoanalytischen Verfahrens zählen (vgl. *Hyman* 1958). Das gilt für *Freud*, aber es hat ebenso immer wieder Psychoanalytiker dazu angeregt, sich dem Studium der bedeutenden Literatur zu widmen. Diese schöpft für *Freud* aus Quellen, „welche wir noch nicht für die Wissenschaft erschlossen haben." (*Freud*, GW VII, S. 32) Schon *Aristoteles* Theorie der Tragödie erinnert an Strukturmomente des psychoanalytischen „Dramas", in dem es gleichsam immer wieder darum geht, „Szenen" aus der Biographie des Analysanden neu einzustudieren und durchzuspielen. Den größten Einfluß auf *Freud* dürften außer den griechischen Tragödiendichtern *Milton*, *Shakespeare*, *Goethe*, *Schiller*, *Heine* und *Dostojewskij* gehabt haben.

Was die Theorie der Psychoanalyse betrifft, so ist sie grundlegend eine des Unbewußten. Einige wichtige von vielen Vorläufern seien hier aufgezählt. Schon *Aristoteles* (384-322 v. Chr.) beschreibt in anderer Begrifflichkeit Phänomene, deren Entdeckung man der Psychoanalyse zuschreibt und versucht, sie theoretisch zu fundieren (vgl. *Abeln* 1970), aller Wahrscheinlichkeit nach entwarf aber erst *Leibniz* (1646-1716) eine mit rein psychologischen Argumenten begründete Theorie des Unbewußten. Seine „petit perceptions", die unterhalb der Bewußtseinsschwelle aufgenommene Wahrnehmung, griff *Herbart* (1776-1841) auf. *Schopenhauer* (1788-1860) und die „Philosophie des Unbewußten" von Eduard v. *Hartmann* (1842-1906) wurde davon mitbestimmt, sicher auch *Nietzsche* (1844-1900). Wesentliches hat schon die Romantik zu Reflexionen über die „Nachtseite" der Seele beigetragen. So *Schelling* (1775-1854), vor allem aber Carl Gustav *Carus* (1789-

1869), der bereits vor Eduard v. *Hartmann* eine gründlich ausgearbeitete Philosophie des Unbewußten entwickelte, die vor allem auf psychologischen Beobachtungen gründete (vgl. *Abeln* 1970). Auch von *Spinoza* (1632-1677) sind Verbindungslinien zu *Freud* gezogen worden (*Wucherer-Huldenfeld* 1980). In bezug auf seine Kulturtheorie sieht man in *Hobbes* (1588-1679) einen Vorläufer von ihm (*Weibl* 1981).

Freud bemühte sich, gegenüber der Philosophie Abstinenz zu üben. Sein Verhältnis zu ihr blieb bis zum Schluß ambivalent. Zu sehr hatte er sich vom Beginn seines Studiums an dem naturwissenschaftlichen Denken seiner Zeit verschrieben. Vor allem durch seine Arbeit im physiologischen Laboratorium der Universität Wien wurde dessen Vorstand, Ernst *Brücke*, für ihn zum Vorbild als Mensch und Wissenschaftler. *Brücke, Ludwig, Helmholtz* und *Du Bois-Reymond* beschlossen 1847, die Physiologie „auf eine chemisch-physikalische Grundlage zu stellen und sie auf die gleiche Stufe wie die Physik zu heben." (*Shyrock*, 1947, S. 167).

Es ging ihnen darum, „die Wahrheit geltend zu machen, daß im Organismus keine anderen Kräfte wirksam sind, als die gemeinen, physikalisch-chemischen" (zit. nach *Rothschuh*, 1953, S. 140). Diesem Manifest fühlte sich auch *Freud* verpflichtet. Es ist schließlich mit verantwortlich für jenes szientistische Selbstmißverständnis, von dem *Lorenzer* und andere Kritiker der Wissenschaftstheorie *Freuds* sprechen. Es sollte allerdings beachtet werden, daß *Brücke* auch insofern ein Vorbild für *Freud* war, als er in kaum verbundener Parallelität mit seinen exakten naturwissenschaftlichen Forschungen sich weit mehr als üblich mit der Bildenden Kunst und der Dichtung befaßte. Außerdem war er im höchsten Maße an sprachwissenschaftlichen Fragen interessiert. (vgl. *Seidler* 1976, S. 711)

Studien von *H. Hartmann* (1927), *M. Dorer* (1932) und *Bernfeld* (1924) haben schließlich den mittel- und unmittelbaren Einfluß der Psychologie *Herbarts, Fechners* und *Wundts* aufgewiesen. *Herbarts* postulierte nicht nur unbewußte Vorstellungen. Ihn beschäftigte wie *Freud* die Entwicklung einer Psychologie nach naturwissenschaftlichen, möglichst mathematischen Gesichtspunkten. Er versuchte die theoretische Konstruktion einer „Mechanik der Vorstellungen". Auch der Begriff der Verdrängung geht auf ihn zurück. *Fechner* hat über das bekannte, mit *Weber* zusammen aufgestellte Gesetz der Funktion der Schwelle wichtige Bedeutung für *Freuds* Unterscheidungen zwischen Bewußtsein, Vorbewußtem und Unbewußtem. Die Schwelle von einem psychischen Zustand zum anderen ist dann für *Freud* von einer Zensur besetzt. Auch das Gesetz von der Konstanterhaltung der Ener-

gie, auf dem für *Freud* das Lust-Unlust-Prinzip beruht, ist auf *Fechner* zurückzuführen.

Schließlich darf der Einfluß Theodor *Meynerts* auf *Freud* nicht unterschätzt werden. *Meynerts* Weltanschauung war atomistisch-mechanistisch. Er war strenger Determinist. Wie später für *Freud* war auch für ihn das Bewußtsein Epiphänomen. Ebenso hat *Meynerts* Topik des Gehirns sehr starke Analogien zu *Freuds* Theorie des psychischen Apparates und seine Gliederung in Es, Ich und Über-Ich. Ebenso geht *Freuds* Unterscheidung von Primär- und Sekundärprozessen auf *Meynert* zurück.

Der direkte und indirekte Einfluß von Pierre *Janet* (1859-1947) kann hier nur noch erwähnt werden.

2.2 *Die Anfänge*

Freud schreibt: „Man versteht Psychoanalyse immer noch am besten, wenn man ihre Entstehung und Entwicklung verfolgt" (*Freud*, GW XIII, S. 211). Diese Entwicklung ist in großen Stücken zugleich die Vorgeschichte der Humanistischen Psychologie. Darum ist eine etwas ausführlichere Darstellung nötig, die dennoch auf Wichtiges eingeschränkt bleibt.

Freud sah sich vor allem durch die beabsichtigte Heirat mit *Martha Bernays* aus finanziellen Gründen gezwungen, seine aussichtsreiche wissenschaftliche Karriere als schon bekannter Neurophysiologe und -pathologe aufzugeben. Er mußte in die ärztliche Praxis gehen. Als Nervenfacharzt war er damals vor allem mit dem Krankheitsbild der Hysterie konfrontiert. Da es nur wenige zielführende Behandlungsmethoden gab, besuchte er 1885 den seinerzeit weltberühmten Neuropathologen Jean Jacques *Charcot* in Paris. Von ihm lernte *Freud*, daß man die Hysterie als Krankheit ernstnehmen muß und daß die Hypnose ein medizinisch legitimes Mittel für ihre Behandlung ist, was für die Mediziner Wiens als Zumutung galt. *Charcot* demonstrierte, daß bei Hysterikern beliebige hysterische Symptome durch Hypnose erzeugt werden können, womit die psychische Ätiologie dieser Störung erwiesen schien. Obwohl auch der von *Freud* damals so hoch geschätzte Theodor *Meynert*, unter dem *Freud* psychiatrisch gearbeitet hatte, diese Erkenntnisse *Charcots* ironisch abtat (vgl. *Jones* I, S. 273), ging *Freud* 1889 nach Nancy, um bei *Liébault* und *Bernheim* seine Hypnosetechnik zu verbessern.

Von wichtiger Bedeutung für die Anfänge der Psychoanalyse wurde dann *Freuds* Freundschaft mit dem vierzehn Jahre älteren, als Arzt in

der Wiener Gesellschaft angesehenen Josef *Breuer*. Vom Dezember 1880 bis zum Juni 1882 hatte dieser eine Patientin in Behandlung, die er als Hysterikern diagnostizierte; eine dramatische Behandlung, die den Beginn der Psychoanalyse einleitete. Die Patientin bekam den Decknamen Anna O. Dahinter stand *Berta von Pappenheim*, die später sozial aktiv und eine engagierte Vertreterin der Frauenemanzipation wurde.

„Sie bot ein buntes Bild von Lähmungen mit Kontrakturen, Hemmungen und Zuständen von psychischer Verworrenheit. Dazu kam, daß sie längere Zeit nur Englisch sprechen konnte." (*Freud*, GW XIV, S. 44) *Breuer* ging auf die Patientin empatisch ein. Die Symptome traten auf am Krankenbett des Vaters, an dem die Tochter nächtelang wachte. Sie wurden begleitet von zwei einander ablösenden Bewußtseinszuständen: der eine war ein der Realität angepaßter, der andere eher der eines phantasievollen und eigenwilligen Kindes. Im Übergang vom einen zum anderen stellte sich ein hypnoider Zustand ein, aus dem die Patientin in einer geistig klaren Verfassung zu erwachen pflegte. Während eines solchen Zustandes kam *Breuer* einmal zur Visite. Da erzählte sie ihm alles Störende, das ihr im Laufe des Tages zugestoßen war, schließlich auch schreckenerregende Halluzinationen. In einer ähnlichen Situation berichtete sie ihm das erste Auftreten eines der vielen Symptome in allen Details, ein Bericht, der von starken Affekten begleitet war. Die Folge war zu *Breuers* großer Verwunderung das Verschwinden des Symptoms. Sie war selbst von der Wirkung fasziniert und nannte dieses Verfahren „the talking cure" oder „chimney sweeping". Schließlich drängte immer mehr Erinnerungsmaterial nach „Ablauf durch die Rede" (*Freud*, GW I, S. 97), sodaß *Breuer* schließlich auch morgens zur Visite kam und die Patientin dann hypnotisierte. Ein Symptom nach dem anderen wurde durch diese Erinnerungsarbeit bei dem sonst für einen Arzt nicht üblichen ungewöhnlichen Maß an Geduld und Empathie beseitigt. Heute würde man sagen, daß die Patientin eine intensive Vaterübertragung auf *Breuer* entwickelte und er eine ebenso heftige Gegenübertragung auf sie, die er noch nicht reflektieren konnte.

Wahrscheinlich durch Eifersuchtsszenen seiner Frau veranlaßt, brach *Breuer* schließlich die Behandlung ab. Das schien auch gerechtfertigt, weil es der Patientin wesentlich besser ging. Als er ihr aber seinen Entschluß mitteilte, wurde er noch am gleichen Abend zu ihr gerufen, da sie sich in den Wehen einer hysterischen Geburt befand. Er konnte sie noch durch Hypnose ruhig stellen, brach aber dann zutiefst betroffen die Behandlung endgültig ab. *Breuer* und *Freud* gaben dieser

beide frappierenden Behandlungsmöglichkeit den Namen „kathartische Methode" (vgl. *Breuer/Freud* 1970). Fest steht, daß sich mit der Entwicklung dieser Methode geradezu eine Revolution in der Arzt-Patient-Beziehung anbahnte, die *Breuer* nur abzuwehren vermochte und *Freud* in ihren Konsequenzen erst langsam begriff. Nicht der Arzt war nun der machtvolle Helfer, der Magier oder versierte Techniker, der ein Symptom oder einen Fall behandelt. Vielmehr wurde jetzt der Patient selbst mit seiner einmaligen und unvergleichbaren Geschichte aktives Subjekt des therapeutischen Geschehens, das schließlich von *Freud* als zwischenmenschliches Beziehungsgeschehen reflektiert wird. Damit wird aus einer Falldarstellung eine Kranken-*Geschichte* im existentiellen Sinn des Wortes. Wie wenig das unter vielen Psychoanalytikern noch heute begriffen wird, zeigen die vielen in selektiven theoretischen Rastern erstickenden Krankengeschichten der psychoanalytischen Fachzeitschriften.

Die wichtige theoretische Folgerung schon aus den Wirkungen der kathartischen Methode war: Neurotische Symptome hängen sinnvoll mit früheren Erlebnissen zusammen. Diese sind dem Kranken unbewußt. Vor allem sind es Affekte, denen in einer Situation — meist einer zwischenmenschlichen Konfliktsituation — kein entsprechender Ausdruck gegeben werden konnte, sodaß sie als „eingeklemmte" (*Freud*, GW I, S. 97), vom Bewußtsein abgetrennte Affekte pathogen werden. Sie beginnen nach Art eines Fremdkörpers, eines fremden Geistes, ein Eigenleben im Unbewußten zu führen. *Freud* war allerdings schon bald der Überzeugung, daß die abgespaltenen Affekte auf frühe sexuelle Traumatisierungen zurückzuführen sind; *Breuer* wollte dem nach vorübergehender Unschlüssigkeit nicht zustimmen. Die Beziehung kühlte sich schließlich ab.

Freud hat bald die Hypnose aufgegeben, die ja einen starken Eingriff in die Persönlichkeit des Patienten bedeutet und diesen in Abhängigkeit vom Therapeuten bringt. Außerdem waren nicht alle Patienten hypnotisierbar.

Um dennoch Zugang zum Unbewußten zu finden, entwickelte er die Methode der freien Assoziation. Der Patient soll sich dabei ungezwungen seinen Einfällen überlassen und sie verbalisieren, ganz gleich, ob es sich dabei um peinliche oder auch scheinbar belanglose Einfälle handelt. Eine zeitlang verwendete *Freud* dabei noch suggestive Manipulationen und bearbeitete die Patienten mit theoretischen Erklärungen. Seinem Freund *Fließ* schreibt er einmal, daß er abends heiser sei, weil er dann elf Stunden *geredet* habe. Ebenso versuchte er z. B. durch den Druck seiner Hand auf die Stirn des schon damals auf der Couch lie-

genden Patienten, Einfälle zu erzwingen, wenn sie sich etwa zu einem bestimmten Thema nicht einstellen wollten. Er war da noch von dem alleinigen therapeutischen Effekt der Erkenntnis der Ursachen des Symptoms überzeugt und glaubte, daß man den Widerstand, der sich dieser nötigen Erkenntnis im Patienten entgegensetzt, überwinden oder gar brechen müsse. Aber schon bald ist er viel zurückhaltender, bis er schließlich den Kranken selbst das Thema der täglichen Arbeit bestimmen läßt. Schließlich wurde ihm auch allmählich die Wichtigkeit einer Analyse des Widerstandes bewußt.

In der Folge gewann eine neue Freundschaft, die zwischen *Freud* und dem Arzt Wilhelm *Fließ* eine ganz entscheidende Bedeutung für die Entwicklung der Psychoanalyse. Im Briefwechsel mit *Fließ* dokumentiert sich *Freuds* Selbstanalyse, die sich mit einer von ihm selbst nicht analysierten Übertragung auf *Fließ* verknüpfte. Am 7. Juli 1897 schreibt er an *Fließ*: „Was in mir vorgegangen ist, weiß ich noch immer nicht; irgendetwas aus den tiefsten Tiefen meiner eigenen Neurose hat sich einem Fortschritt im Verständnis der Neurosen entgegengestellt und Du warst irgendwie mit hineingezogen." (*Freud* 1950, S. 183) Die Einsicht, selbst hysterisch, also jener Heilung bedürftig zu sein, die er an seinen Patienten zu vollziehen trachtete, verband sich mit der Wahrheitssuche des Forschers. *Freud* entdeckte dabei seine eigene Verliebtheit in die Mutter, womit für ihn der Ödipuskomplex endgültig die Bedeutung einer allgemeingültigen Theorie gewann. Ein Hinweis für die existentielle Wucht persönlicher Tiefenerlebnisse, die selbst einen so wissenschaftlich denkenden Menschen wie *Freud* zu einer Verallgemeinerung bei erst äußerst dürftigen empirischen Befunden verführten.

Die existentielle Involviertheit des forschenden Subjekts in seinen Forschungsgegenstand vollzieht *Freud* dann bewußt im für die Psychoanalyse grundlegenden Hauptwerk, der Traumdeutung (1900). Sie ist im starken Maße mit seiner Selbstanalyse verknüpft. *Freud* schreibt im Vorwort zur zweiten Auflage der Traumdeutung: „Für mich hat dieses Buch nämlich noch eine andere subjektive Bedeutung, die ich erst nach seiner Beendigung verstehen konnte. Es erwies sich mir als ein Stück meiner Selbstanalyse, als meine Reaktion auf den Tod meines Vaters, also auf das bedeutsamste Ereignis, den einschneidendsten Verlust im Leben eines Mannes. Nachdem ich dieses erkannt hatte, fühlte ich mich unfähig, die Spuren dieser Einwirkung zu verwischen." (*Freud*, GW I/II, S. X)

Wie Marianne *Krüll* (1979) aufzuzeigen versucht, hat dabei der Tod des Vaters auch bedeutsame Spuren in einer einschneidenden Theorie-

revision *Freuds* hinterlassen. War *Freud* eine Zeit lang der Überzeugung, daß sexuelle Verführungen in der frühen Kindheit so gut wie regelmäßig die ins Unbewußte verdrängte Ursache für die neurotische Symptomatik sind, so vermeinte er schließlich, durch Außenanamnesen und Widersprüche in den Berichten seiner Patienten gezwungen zu sein, die Verführungstheorie aufzugeben. Nicht die Verführung von außen, sondern das eigene sexuelle Begehren des Kindes (so das des Sohnes gegenüber der Mutter) wurde nun für das Zustandekommen des neurotischen Kernkonflikts, des ödipalen Konflikts, für schuldig befunden. Marianne *Krüll* bringt bedenkenswerte Argumente dafür bei, daß die Pietät und Loyalität *Freuds* gegenüber seinem eigenen Vater, der unmittelbar vor dieser Revision gestorben war, die Radikalität dieser Revision mitbedingt habe. Vielleicht wurde eben damit die sozialpsychologische Differenzierung der Verführungstheorie gehemmt, die eigentlich erst mit der neueren psychoanalytischen Familientherapie und ihrem Delegationsmodell wieder aufgegriffen wurde.

Mit der Entdeckung der frühkindlichen Sexualität konnte allerdings die Hypothese von der sexuellen Ätiologie der Hysterie aufrecht erhalten werden. Diese Krise in den Anfängen der psychoanalytischen Theorienentwicklung war also Teil der Krisen in *Freuds* Selbstanalyse, von der man behaupten darf, daß sich zuallererst mit ihr die Geburt der Psychoanalyse vollzog, jener Wissenschaft vom Menschen, in deren methodischem Vorgehen der Forscher sich in den Forschungsgegenstand mit einbeziehen muß und die solchermaßen schließlich als Beziehungswissenschaft (*Bauriedl* 1980) zu verstehen wäre.

Der Traum wurde schließlich für die Psychoanalyse zur „via regia", zum Königsweg in das Unbewußte. Schon *Freuds* umfangreiche und für die Entwicklung der Psychoanalyse so wichtige Arbeit über die Traumdeutung trug dazu bei, daß die Psychoanalyse den Rahmen einer Psychopathologie sprengte. Freud entdeckte im Traum und seiner Entstehung Gesetzmäßigkeiten, die für ihn auffallende Analogien zu denen der Neurose und der neurotischen Symptombildung zeigten.

1901 veröffentlichte er seine Schrift „Zur Psychopathologie des Alltagslebens", 1905 „Der Witz und seine Beziehungen zum Unbewußten", 1908 „Der Dichter und das Phantasieren". Diese Abhandlungen bedeuteten die konsequente Übertragung der Erkenntnisse, die *Freud* aus der Analyse von neurotischen Symptomen und Träumen gewann, auf die Phänomene Fehlleistung, Witz und Kunst, schließlich auch auf die der Religion und der Kultur. Es ergibt das von der Neurose über den Traum bis hin zu Kunst und Religion eine Skala von Kompromißbildungen zwischen Trieb und Ich, zwischen Primär- und Sekundär-

prozessen, zwischen Lust- und Realitätsprinzip; Begriffe und theoretische Konstrukte, die *Freud* Hand in Hand mit der Theorie des Traumes entwickelte, auf die aber erst an entsprechender Stelle genauer eingegangen werden kann.

Die Entdeckung von Gesetzmäßigkeiten scheinbarer Zufälle, wie *Freud* sie bei Fehlleistungen (u. a. Vergessen, Versprechen, Verlegen) konstatierte, beeindruckte ihn so sehr, daß er sich berechtigt glaubte, auch für das psychische Leben die These eines absoluten Determinismus für gültig zu befinden.

In dieser schöpferischen Phase *Freuds* erschienen (1905) auch die „Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie", in denen seine Beobachtungen und Thesen zur frühkindlichen Sexualität als Phasenlehre der kindlichen Entwicklung systematisiert wurden und anhand der sexuellen Perversionen zwischen im späteren Leben auftretenden Neurosen und Störungen in der frühkindlichen Entwicklung ein unmittelbarer Zusammenhang gesehen wird.

Es scheint gerechtfertigt, damit die Anfänge der Psychoanalyse gegenüber ihrer weiteren Entwicklung bis heute abzugrenzen. Sie fallen zum größeren Teil in die Zeit von *Freuds* wissenschaftlicher Isoliertheit. Sie wurden in einem die psychoanalytische Situation antizipierenden Dialog mit Wilhelm *Fließ* zu bewußten Erkenntnissen. In gewisser Hinsicht geschah das paradigmatisch für die Bewußtwerdung und Erkenntnis in jedem späteren psychoanalytischen Prozeß. Nach der Trennung *Freuds* von *Fließ* finden sich 1902 Mitarbeiter. Zunächst *Adler, Kahane, Reitler* und *Steckel,* dann *Federn, Rank, Ferenczi, Jones, Abraham, Jung* u. a. m. Die berühmten Mittwochabendgesellschaften bei *Freud* beginnen. Die Psychoanalyse entwickelt sich weiter als intersubjektiver Forschungsprozeß. Das führte zu Differenzierungen in Theorie und Praxis, aber auch bald zu Abspaltungen (vor allem die von *Adler* und *Jung*) und als Reaktion darauf zur Formulierung von Grunddogmen.

2.2.1 Zeitgeschichtlicher Kontext und geistesgeschichtliche Situation und ihre Relevanz für das Verfahren

Zu Recht, aber oft zu betont, wird auf die zeitgeschichtliche Bedingtheit der Entdeckung des psychoanalytischen Verfahrens hingewiesen. *Freud* hat seinen sozialen Standort in der österreichischen, genauer der Wiener Bourgoisie gehabt, die sich von 1848 an mittels Kompromissen mit dem neoabsolutistischen Regime unter Franz-Josef I. konsolidierte. Auch *Freuds* Klientel stammte aus dieser Schicht und ihrer vom Viktorianismus mitgeprägten Sexualmoral, was allerdings auf Wien weniger

zutraf als auf andere europäische Städte. Das alles stimmt in groben Zügen. Zu sehr wird dabei allerdings die ideologische Inhomogenität dieser Gesellschaftsschicht und der damaligen Wiener Gesellschaft insgesamt vernachlässigt, sowie die allgemeinen Zerfallserscheinungen im österreichischen Vielvölkerstaat. *Musil* schreibt ironisch: Man „hat einen Berufs-, einen National-, einen Staats-, einen Klassen-, einen geographischen-, einen Geschlechts-, einen bewußten, einen unbewußten und vielleicht auch noch einen privaten Charakter" (*Musil*, S. 35) und drückt eben damit den Reflex der damaligen gesellschaftlichen und staatlichen Krise im Individuum aus. Von 1860 an, als die Familie *Freud* aus wirtschaftlichen Gründen von Freiburg in Böhmen nach Wien übersiedeln mußte, profilierten sich dort jene Parteien mit ihren Ideologien, die schließlich um die Jahrhundertwende das politische Klima bestimmten: Sozialisten, Deutsch-Nationale und Christlich-Soziale. Letztere strebten unter *Lueger*, der 1897 Bürgermeister von Wien wurde, die Wiederherstellung mittelalterlicher hierarchischer Strukturen an und verschrieben sich schließlich dem Antisemitismus. Als *Freud* sich zur gleichen Zeit auf seine Selbstanalyse einließ, schien er zugleich als Jude jede Aussicht auf eine wissenschaftliche Karriere verloren zu haben. Aber der Antisemitismus hat ihn, wie er selbst einmal sagte, darin geschult, sich gegen die Majorität in der Opposition zu behaupten (vgl. *Freud*, GW XIV, S. 35). Das betrifft vor allem das Einstehen für seine den damaligen Wissenschaftsbetrieb und die gesellschaftliche Moral provozierenden Entdeckungen. Man muß dazu bedenken, daß *Freud* sich bis zu seinem 44. Lebensjahr vor allem in einem, wenngleich aufgeklärten, jüdischen Milieu bewegte und sich immer zum Judentum bekannte. Und so spielt die Diskrepanz zwischen dem engeren zeitgeschichtlichen Hintergrund seiner jüdischen Tradition (und deren Spannungen zwischen Orthodoxie, Chassidim und aufklärerischen Tendenzen) und dem der übrigen Wiener Gesellschaft eine wichtige Rolle. Sie dürfte das kompromißlos-revolutionäre der Anfänge der Psychoanalyse mitbestimmt haben. „Geboren aus der humanistischen Kultur, die um die Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert den Stolz, die Kraft und die höchste Rechtfertigung der herrschenden Klasse ausmacht, ist sie nichts destoweniger der radikalste Zerstörungsakt, gegen den das Bürgertum sich jemals zu wehren hatte ..." (*Roberts* 1975, S. 49)

Die Entstehung der Psychoanalyse ist aber auch im Kontext der bedeutenden Leistung der damaligen Wiener Bourgoisie, nämlich der „kulturellen Blüte", die sie hervorbrachte, zu sehen (vgl. *Fuchs* 1949, S. 6). Zwar war *Freud* wesentlich betroffen durch das an der Wiener

Universität vorherrschende Klima des Positivismus. Daneben fanden aber auch *Schopenhauer, Nietzsche* und in der Folge Richard *Wagner* ein breites Interesse unter den Intellektuellen. Das Phänomen des Unbewußten wurde unter Einwirkung der „fin de siècle décadence" essayistisch als philosophisches und ästhetisches Problem diskutiert oder künstlerisch gestaltet. Wie *Erdheim* (1982, S. 142) hervorhebt, hat *Freud* die kulturellen Schranken zwischen Kunst und Wissenschaft überwunden und eben damit verhindert, daß das Phänomen des Unbewußten endgültig in die Kunst verwiesen worden wäre.

2.2.2 *Persönlichkeit des Gründers und ihre Relevanz für die Ausprägung des Verfahrens*

Daß die Psychoanalyse von *Freud* entdeckt wurde und ihre wesentliche Ausprägung durch ihn empfing, folgt aus der bisherigen Darstellung. Auch wichtige Züge seiner Persönlichkeit gewannen bereits Kontur. Es ist vor allem sein ungewöhnlich starkes Wahrheitsstreben, das von verschiedenen Biographen und Augenzeugen, auch kritischen, als tiefstes und stärkstes Motiv in seinem Wesen bezeichnet wird (vgl. vor allem *Jones* II, S. 472-508). Um dieses Streben zu realisieren, bedurfte es allerdings jener Risikobereitschaft, die *Freud* ebenfalls besaß. Er hatte den Mut, kompromißlos für seine Erkenntnisse einzustehen und scheute selbst so schwere Konsequenzen wie den eigenen „sozialen Tod" (*Erdheim* 1982, S. 75-86), die Gefahr des Verlustes gesellschaftlich sanktionierter Rollen nicht. *Freud* wird in auffallender Übereinstimmung von allen Patienten und Analysanden, die sich über seine Persönlichkeit geäußert haben, als menschliche und integre Persönlichkeit beschrieben (vgl. *Grotjahn/v. Scheidt* 1976, S. 201f.). Ähnlich wie Wilhelm *Reich* (1976) konstatiert Erich *Fromm* bei *Freud* „Mangel an Gefühlswärme, an menschlicher Kontaktnähe, an Liebesfähigkeit, dazu ein äußerst schwaches Talent, das Leben zu genießen" (*Fromm* 1961, S. 170), woraus man Schlüsse über die psychoanalytische Abstinenzregel ziehen könnte. H. M. *Ruitenbeck* gab allerdings 1973 einen Band mit sechzig Beiträgen von Schülern, Patienten, Angehörigen und Nachbarn *Freuds* heraus, die ihn persönlich kannten. Danach lassen sich diese Feststellungen *Fromms* nicht aufrecht erhalten. Daß *Freud* mit einer Ambivalenz heftiger Gefühle zeitlebens nicht zurande gekommen ist, stellt er selbst fest. Er habe eigentlich immer einen guten Freund und einen gehaßten Feind gebraucht (vgl. *Jones* III, S. 492). Man darf sagen, daß er dieses Ziel häufig erreichte, manchmal auch in Bezug auf eine Person. Die Liebe zu seiner Frau, *Martha Bernay*, war bis zur Ehe von betonter Leidenschaft, ja besitzergreifend.

Danach war und blieb er ein treuer Ehemann. Er, der die Enttabuisierung der Sexualität bewirkt hat, soll nach der Geburt seines letzten Kindes ein abstinentes Leben geführt haben (vgl. *Jones* II, S. 312).

Bei *Freud* standen Selbstkontrolle und -disziplin in auffallendem Kontrast zu seiner Nikotinsucht, zu seinen immer wieder durchbrechenden Anwandlungen von Aberglauben und irrationalen Ängsten.

Bewundert wurde *Freuds* sich bis zum Stoizismus verfestigende, gelassene Einstellung zum Tode, mit dem er ständig, von einer Krebsoperation zur anderen, konfrontiert war. Ein Bezug dieser Haltung zu seiner Theorie des Todestriebes, in der der Tod zu seinem quasi metaphysischen Prinzip erhoben wird, liegt nahe.

2.3 Wirkungsgeschichte

Die geschichtliche Wirkung der Psychoanalyse im Hinblick auf die weitere Entwicklung der Tiefenpsychologie kann kaum überschätzt werden. Aus ihr sind die selbständigen Richtungen der Individualpsychologie *Adlers* und der Analytischen Psychologie *Jungs* hervorgegangen. Auch die Existential- und Daseinsanalyse (*Biswanger, Boss*) haben in mancher Hinsicht, so vor allem in ihrer therapeutischen Praxis, eine psychoanalytische Richtung beibehalten. Die Logotherapie (*Frankl*) bestätigt durch ihre heftige Auseinandersetzung mit der Psychoanalyse deren noch anhaltenden Einfluß. Die neueren Therapieformen wie Psychodrama, Bioenergetik, Gestalttherapie und Primärtherapie werden die starken Nachwirkungen der Psychoanalyse ebenso wenig verleugnen wie die Transaktionsanalyse oder die Gesprächstherapie. Ähnliches gilt für die Gruppen- und Familientherapie.

Die Psychoanalyse entwickelte sich ständig weiter. Zugleich breitete sie sich in allen größeren Staaten der Welt aus. Nordamerika ist dabei international führend geworden, verbunden mit allen Problemen, die sich aus einer staatlichen Etablierung gerade der revolutionären Psychoanalyse ergeben. Etwas willkürlich und einseitig sind dabei die Arbeiten von *Hartmann, Loewenstein* und *Kris* hervorzuheben, die die psychoanalytische Ich-Psychologie weiterentwickelten. Außerdem *Spitz, Mahler, Jacobsohn*, vor allem deren entwicklungspsychologischen praktisch-therapeutischen Beiträge zur Pathologie früher Störungen. Für letztere haben auch *Kohut* und *Kernberg* z. T. kontroverse Konzepte entwickelt. *Rapaport* hat, wie *Hartmann*, wesentliches zur wissenschaftstheoretischen Aufarbeitung der Psychoanalyse beigetragen. Neben der psychoanalytischen Großinstitution haben sich inzwischen weitere, meist lose organisierte Schulen gebildet. So die Neopsy-

choanalyse *Schultz-Henckes* in Deutschland. *Horney, Fromm* und *Sullivan* sind in Amerika relativ eigenständige Wege gegangen. In Südamerika (aber auch in Frankreich und England) hat Melanie *Klein* entscheidenen Einfluß genommen, in Österreich und Südamerika die von I. A. *Caruso* in Wien gegründete Internationale Föderation tiefenpsychologischer Arbeitskreise.

In Frankreich ist besonders die eigenwillige, auf den Strukturalismus zurückgehende Schule *Lacans* bekannt geworden. Deutschlands Psychoanalyse ist seit der Nachkriegszeit außer durch *Schultz-Hencke* stark durch *Mitscherlich* und seine Beziehung zur sozialphilosophischen Richtung der Frankfurter Schule (*Adorno, Horkheimer, H. Marcuse*) geprägt.

Das sind exemplarische Hinweise auf die komplexe Wirkungsgeschichte der Psychoanalyse innerhalb ihrer hier bewußt weit gezogenen Grenzen.

Die übrigen Einflußbereiche der Psychoanalyse sind so universell, daß sie nicht einmal andeutungsweise vorgestellt werden können. *Freud* und die Psychoanalyse haben das geistige Klima und die Lebenspraxis der westlichen Zivilisation ganz entscheidend mitgeprägt.

2.4 *Beziehung des Verfahrens und seiner Begründer zur „Humanistischen Psychologie"*

Freuds Selbsterfahrung setzte ein Paradigma, das auch für die angehenden Therapeuten im Rahmen der Humanistischen Psychologie heute noch gilt. Zahlreiche bedeutende Vertreter der Humanistischen Psychologie wie u. a. *Fromm* oder *Perls* sind oder waren selbst Psychoanalytiker. Andere, wie *Rogers*, gewannen ihr Selbstverständnis in der Auseinandersetzung mit psychoanalytischen Grundthesen. Verschiedene theoretische Konzepte wirken in den Verfahren der Humanistischen Psychologie nach, wenn auch in oft stark modifizierter Weise.

Die Humanistische Psychologie definierte sich bei ihrem „Gründungsmanifest" als dritte Kraft zwischen Psychoanalyse und psychologischer Lerntheorie. Sie verstand sich nicht als Synthese beider Richtungen, denn der Kern ihres anthropologischen Selbstverständnisses galt als unvereinbar mit den Grundannahmen der Psychoanalyse. Zweifellos hat dazu die Problematik des vordergründig gesehen biologistischen und mechanistischen psychoanalytischen Menschenbildes beigetragen. Auf die Schwierigkeit einer adäquaten Definition dieses Menschenbildes wird im nächsten Kapitel eingegangen werden.

Eine konstruktive Form der Beziehung zwischen Psychoanalyse und Humanistischer Psychologie scheint ihre Funktion als wechselseitiges Korrektiv zu sein. Wenn man z.B. *Maslows* empirische Erforschung von „peak-experiences" nimmt, so scheint es sicher nützlich, psychoanalytische Deutungen solcher Erlebnisse nicht einfach in den Wind zu schlagen. Man kann sonst nämlich vom Extrem biologistischer in das idealistischer Reduktion verfallen. Oder: Das dem Ganzheitsideal vom Menschen nicht entsprechende Konfliktmodell der Psychoanalyse, für die das „Ich nicht Herr im eigenen Hause" ist, kann vielleicht immer wieder aus vorschnellen Harmonisierungsträumen aufwecken und mit dem radikalen Bruch zwischen der vorgegebenen, vor allem gesellschaftlichen Realität, die in allen Mitmenschen bewußt oder unbewußt verinnerlicht ist, und einem utopischem Wunschpotential im Menschen konfrontieren.

Umgekehrt wird z.B. die Psychoanalyse die Kritik eines *Rogers* an den Praktiken der Widerstandsanalyse ernstnehmen und sich intensiver mit dem Problem des Gegenwiderstandes in der Analyse befassen. Sie wird dieses Konzept sicher nicht fallen lassen müssen, sondern es stärker problematisieren und weiter differenzieren. In ähnlicher Weise gäbe es sicher viele Beispiele gegenseitiger Korrekturmöglichkeiten und Ergänzungen.

2.5 *Gegenwärtige Situation (Verbreitung, Organisation, Form und Struktur der Ausbildung)*

Für eine einigermaßen zureichende Information über diese Punkte wäre eine wesentlich ausführlichere Darstellung geboten, als sie hier möglich ist. Darum sei zur Einholung genauerer Auskünfte auf das Berliner Psychoanalytische Institut BIP (1 Berlin, Sulzaerstr. 3) oder das Sigmund-Freud-Institut (6 Frankfurt a.M., Myliusstr. 20) hingewiesen.

In der Folge einige der wichtigstem Anmerkungen:
1910 wurde in Nürnberg die Internationale Psychoanalytische Vereinigung (IPV) gegründet. Ihr gehören inzwischen nationale Gesellschaften von 33 Staaten der ganzen Welt an, wobei die „American Psychoanalytic Association" (APA), was die Zahl der ihr zugehörigen örtlichen Vereinigungen und sämtlicher Mitglieder betrifft, die bei weitem größte ist.

In Deutschland und Österreich mußte nach dem Krieg völlig neu angefangen werden (vgl. *Maetze* 1976). 1946 konstituierte sich die Deutsche Psychoanalytische Gesellschaft (DPG), der auch die soge-

nannte Neo-Psychoanalyse Harald *Schultz-Henckes* zugehörte. 1950 schied Carl *Müller-Braunschweig* mit einigen wie er an der Klassischen Psychoanalyse orientierten Mitgliedern aus und gründete die Deutsche Psychoanalytische Vereinigung (DPV), die 1951 in die IPV aufgenommen wurde.

Schon 1949 war eine „Deutsche Gesellschaft für Psychotherapie und Tiefenpsychologie" gegründet worden. In ihr sind Ausbildungsstätten der DPG, DPV und der analytischen Psychologie nach C. G. *Jung* zusammengeschlossen. Diese deutsche Dachorganisation hat heute die Bezeichnung „Deutsche Gesellschaft für Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie" (DGPPT). Über sie wurden Verhandlungen mit den Krankenkassen geführt, aufgrund derer heute die psychoanalytischen Behandlungsverfahren mit den Krankenkassen verrechnet werden können und damit Therapiebedürftigen aus allen Gesellschaftsschichten zugänglich sind.

Voraussetzung für die psychoanalytische Ausbildung ist in Deutschland ein abgeschlossenes Medizin- oder Psychologiestudium. Wichtigstes Stück der Ausbildung ist die Lehranalyse. Dazu kommen Vorlesungen und Seminare über die theoretischen Grundlagen der Psychoanalyse. Im späteren Stadium liegt das Gewicht auf der supervidierten eigenen Praxis, die von Seminaren über die Technik der Psychoanalyse begleitet wird. Außerdem wird psychoanalytische Gruppenerfahrung gefordert.

Die Ausbildung dauert zwischen vier und sechs, manchmal auch acht Jahren und bedeutet eine hohe Belastung, da sie meist neben ohnehin stark beanspruchender Berufsarbeit absolviert werden muß.

3. Menschenbild

Freuds Menschenbild ist in der Philosophie des Humanismus und der Aufklärung verwurzelt (vgl. E. *Fromm* 1971, S. 174). *Freud* zog die Aufklärung allerdings in ein ihr wenig entsprechendes Abenteuer hinein. Durch die Erforschung und Neuentdeckung des Unbewußten und der Triebstruktur gerät der Mensch in eine grundsätzlich neue Perspektive. „Die Menschheit hat gewußt, daß sie Geist hat; ich mußte ihr zeigen, daß es auch Triebe gibt", sagt *Freud* im Gespräch mit *Binswanger* (1957, S. 50). Dieser umschreibt daher *Freuds* Menschenbild als das des „homo natura" (*Binswanger* 1961, S. 159).

Und noch heute ist die Psychoanalyse vor allem eine „Suche nach der Natur des Menschen" (E. *Blum* 1967, S. 230). Diese Natur hat *Freud*, mit dem Eingeständnis der Vorläufigkeit seines Unterfangens,

reduktiv durch ein dem naturwissenschaftlichen Ideal der Jahrhundertwende entsprechendes mechanistisches Modell abgebildet.

Wir können uns hier kurz fassen, denn der „psychische Apparat", durch den *Freuds* Menschenbild dargestellt wird, findet im folgenden Kapitel zur genauen Darstellung. Darum werden hier nur ganz allgemeine Grundzüge skizziert:

1. Für *Freud* besteht „das tiefste Wesen des Menschen in Triebregungen, die elementarer Natur, bei allen Menschen gleichartig sind und auf die Befriedigung gewisser ursprünglicher Bedürfnisse zielen" (*Freud*, GW X, S. 322f.). Wesentlich für das Menschenbild der Psychoanalyse ist dabei noch heute die Bedeutung, die der Sexualität beigemessen wird. Die äußere Realität — meist in normativen Formen der Kultur und Gesellschaft — wirkt modifizierend, oft auch traumatisierend auf die Triebstruktur ein.

2. Die Triebstruktur gründet im Unbewußten, das sich durch Irrationalität auszeichnet und psychologisch gesehen den tragenden Grund der menschlichen Natur darstellt.

3. Die irrationalen Phänomene unterliegen bestimmten Gesetzen und können verstandesmäßig erfaßt werden. Daraus folgt

4. die Annahme eines grundlegenden Determinismus, der die menschliche Willensfreiheit in Frage stellt.

5. Das Ich ist eine „Angststätte" (*Freud*, GW XIII, S. 287), da es durch seine Aufgabe, zwischen Trieb-, Realitäts- und Gewissensansprüchen vermitteln zu müssen, überfordert ist. Die Begriffe Du und Wir nehmen in *Freuds* Persönlichkeitstheorie keine Stelle ein.

6. Religion ist eine Illusion. Sie verdankt sich dem von der gesellschaftlichen Realität geforderten Triebverzicht und entsteht nach dem Vorbild halluzinierter Wunscherfüllung.

7. Auch die Kunst und alle geistigen Produktionen verdanken sich der Triebsublimierung. Sie sind Kompromißbildungen zwischen Triebanspruch und Triebverzicht und entsprechen den analogen Kompromißbildungen des Traumes und der Neurose.

Allerdings bleibt auch für *Freud* vieles an der Menschennatur unergründliches Geheimnis. Die Psychoanalyse muß daher in vieler Hinsicht „dem Dichter gegenüber die Waffen strecken" (*Freud*, GW XII, S. 7). Aus diesem Grunde ist behutsam und integrativ an dem noch keineswegs abgeschlossenen Menschenbild der Psychoanalyse weiter zu arbeiten.

Die Notwendigkeit ständiger Differenzierung ergibt sich vor allem aus der besonders für die Psychoanalyse geforderten Vermitteltheit von Theorie und Praxis. In jeder Analyse vollzieht sich nämlich mehr

oder weniger deutlich auch eine Arbeit des Analysanden an seinem Menschenbild. Vom Analytiker muß gefordert werden, daß er — im Umgang mit seiner Gegenübertragung — bereit ist, durch den Analysanden sein eigenes, auf den Rahmen der psychoanalytischen Persönlichkeitstheorie projiziertes Menschenbild in Frage stellen oder korrigieren zu lassen.

Und so vollzieht sich in der analytischen Praxis eine meist unauffällige und unabschließbare Mitarbeit der Analysanden am psychoanalytischen Menschenbild. Psychoanalyse ist recht verstanden sowohl als Therapie wie auch als Lebenspraxis ein Prozeß immer neuer Entmystifizierungen, ein Prozeß, der über die Aufhebung von Verdinglichungen zu einem immer offeneren Menschenbild führen sollte, das schließlich im Sinne einer utopischen Zielvorstellung je konkrete Praxis ist. Darin besteht ein Teil des ideologiekritischen Potentials der Psychoanalyse.

Das Gemeinte läßt sich schon an *Freuds* frühen theoretischen Bemühungen erläutern. Seinen ersten gründlich durchdachten Versuch eines neurophysiologisch fundierten Entwurfs einer Psychologie betrachtete er plötzlich als gescheitert. Auffallend ist, daß sowohl die Entwicklung dieses Entwurfs zu einem geschlossenen System als auch sein Scheitern während seiner Selbstanalyse geschahen. Während einer starken Selbstbetroffenheit im Zuge der Analyse seiner eigenen Träume und seiner Kindheit erkannte er die Notwendigkeit einer Öffnung auf die menschliche Dimension des Wunsches und der Sinnzusammenhänge im Traummaterial.

Daraus ergab sich sein widersprüchlicher, weil zugleich positivistischer und hermeneutischer, also auf Sinnverstehen ausgerichteter Versuch, Zugang zum Menschen zu finden; vor allem weil er den mechanistischen Ansatz beibehalten und in seine Metapsychologie integriert hat. Aus dieser methodologischen Dialektik, die immer noch auf eine mögliche Synthese wartet, resultiert schließlich *Freuds* in kaum versöhnbare Gegensätze gespanntes Menschenbild. Gegensätze, die sich bei ihm zum Mythos eines Grundwiderspruchs, des von Eros und Thanatos, ver-dichten.

Freud vermittelt daher kein Idealbild vom Menschen, und auch heute noch betrachtet die „Psychoanalyse ihrer (impliziten) Anthropologie nach den Menschen als Konfliktwesen, dessen gesamte Existenz geprägt ist durch die unaufhebbare Gegensätzlichkeit von naturnahen Bedürfnissen, alltäglichen Verhaltensanforderungen und sozialen Normen" (*Hohl* 1983).

Dazu kommen die apokalyptischen Gefahren, mit denen heute jeder Mensch ständig konfrontiert ist.

Das psychoanalytische Menschenbild entspricht dem einer säkularisierten Erbsündenlehre, was christliche Theologen (u.a. *Drewermann* 1977) exegetisch nützen.

Atheistische Gesellschaftstheoretiker glauben dagegen an keine Vererbung in so bestimmender Form, sondern sind der Auffassung, daß konsequente Einsichtsarbeit die gesellschaftliche Entfremdung des Menschen offenkundig machen werde.

Darum ist es heute nicht leicht, von *dem* Menschenbild der Psychoanalyse zu sprechen. Es variiert allein schon nach der ideologischen Position des Analytikers, ist also keineswegs mehr durchgängig das *Freuds*.

3.1 Menschenbild und persönliche Biographie

Psychoanalyse ist in wesentlicher Hinsicht „Suche nach der verlorenen Zeit", ständiges Bemühen um die Rückeroberung unbewußt gewordener Anteile der Lebensgeschichte und ihres emotionalen Kontextes. In jeder Analyse entsteht in dem dafür erforderlichen Theorierahmen ein einmaliges und unwiederholbares Menschenbild als verdichtete Geschichte des Analysanden. Diese biographische Rekonstruktion erfolgt gerade auch durch das analytische Setting in einer Subtilität, die so sehr zur Erhellung von biographischen Mikrostrukturen beiträgt, wie das mit keiner anderen Methode zur Erforschung insbesondere der inneren Geschichte des Menschen möglich scheint.

Persönliche Biographie gerät in der Psychoanalyse allerdings immer wieder in die Gefahr, entweder in gesellschaftlich normierten sprachlichen Klischees gerade nicht zur eigentlichen Sprache zu kommen oder bei der „wortlosen Klage von Symptomen" stehen zu bleiben. In beiden Fällen wird Unbewußtheit und damit Ungeschichtlichkeit aufrechterhalten. Aus diesem Grunde hat eine mehr oder weniger gelungene Rekonstruktion der persönlichen Biographie im psychoanalytischen Prozeß Analogien zum künstlerischen Schaffensprozeß.

So hat I. A. *Caruso* (1952) seine Analysanden ermuntert, nach jeder Sitzung in freier spontaner Form schriftliche Aufzeichnungen anzufertigen, was unter dem Gesichtspunkt der psychoanalytischen Technik sicher nicht unproblematisch ist. In diesen Aufzeichnungen dokumentierte sich aber der während der Analyse zur Sprache gekommene emanzipierte „Lebensroman" des Analysanden auch schriftlich. Es ist interessant, die fortschreitende Individuierung der Sprache in solchen

Aufzeichnungen zu konstatieren. Krankengeschichten, in solchem Fall von den Analysanden selbst verfaßt, werden zu unverwechselbar identifizierbaren biographischen Romanen mit oft reichem assoziativem Kontext. In ihnen finden zugleich frühkindliche emotionale bzw. bildsymbolische und sprachlich strukturierte Erlebnisweisen zur quasi poetischen Synthese.

Paradigmatisch dafür sind schon *Freuds* berühmte Krankengeschichten, deren novellistischen Charakter er selbst bedauerte, aber notgedrungen seinem Forschungsgegenstand gegenüber als angemessen erkennen mußte. Die persönliche Biographie ist darum nicht nur für die psychoanalytische Diagnostik von Belang. Durch sie wird vielmehr von Analyse zu Analyse immer wieder jedes ideologisch fixierte Menschenbild kritisch in Frage gestellt.

3.2 Menschenbild und Weltbild

Freuds Weltbild ist vom Geist der neuzeitlichen Wissenschaft geprägt und gewinnt Konturen in der Kritik der religiösen und anderer ideologischer Weltbilder, „wo keine Frage offen bleibt und alles, was unser Interesse hat, seinen bestimmten Platz findet." (*Freud*, GW XVII, S. 170). Ein einheitliches Weltbild strebt für *Freud* allerdings auch die Wissenschaft an. Aber das bleibt auf lange Sicht utopisches Programm. Jedenfalls hat für ihn ein auf der Wissenschaft gründendes Weltbild „außer der Betonung der realen Außenwelt wesentlich negative Züge, wie die Bescheidung zur Wahrheit, die Ablehnung der Illusionen" (ebd., S. 197). Darum vermag dieses Weltbild dem Menschen auch keine Sicherheit und Geborgenheit zu vermitteln.

Freud sieht sich selbst in der Reihe jener bedeutender Forscher, die das metaphysische Weltbild des Mittelalters endgültig zerstörten und den menschlichen Narzißmus dreifach zutiefst kränkten. Durch *Kopernikus* seien die Erde und der Mensch auf ein Staubkorn in einem grenzenlosen Kosmos reduziert worden. Seit *Darwin* müsse sich der Mensch zur Animalität seiner Natur bekennen. „Die dritte und empfindlichste Kränkung aber soll die menschliche Größensucht durch die heutige psychologische Forschung erfahren, welche dem Ich nachweisen will, daß es nicht einmal Herr ist im eigenen Hause, sondern auf kärgliche Nachrichten angewiesen bleibt, von dem, was unbewußt in seinem Leben vorgeht." (*Freud*, GW XI, S. 294f.)

Die Religion hat ein Weltbild, die Psychoanalyse ist wie die Wissenschaft auf dem Wege zu einem Weltbild.

Freud ist selbst deutlich geworden, daß gerade für seine Entdeckungen mechanistische Hypothesen nicht ausreichen, obwohl er das bis zum Schluß hoffte. Und so greift er zur Mythologie, mit deren Hilfe schließlich auch er ein — wenn auch noch so metaphorisches — geschlossenes Weltbild umreißt. Eros und Thanatos, also mythische Mächte, werden heuristisch als gegensätzliche Grundprinzipien nicht nur des menschlichen, sondern des Lebens schlechthin eingeführt. Da gibt es dann für *Freud* von den Vor- und frühen Lebensformen bis zum Menschen schließlich nur *ein* Leben. Eros und Thanatos sind wirksam auch in der menschlichen Kultur, sie wirken aus dem Unbewußten mit an der radikalen Änderung der Weltwirklichkeit durch die Technik und an der inzwischen möglich gewordenen Zerstörung der Welt durch den Menschen.

Freuds Annäherung an ein Weltbild der Psychoanalyse ist sicher nicht mehr völlig identisch mit Weltbildern der Psychoanalytiker von heute. So gewinnt gerade bei den Ichpsychologen und bei Analytikern wie Karen *Horney* der Mensch gegenüber seiner Natur eine größere Autonomie. Bei den sozialpsychologisch orientierten Psychoanalytikern ist die Beziehung zur Welt eine über die zwischenmenschlichen Beziehungen und die Gesellschaft vermittelte. Und so wird dann auch in kritischer Auseinandersetzung mit wissenschaftlich fundierten Weltbildern die gesellschaftliche Determination bei deren Konstruktion stärker betont.

3.3 Menschenbild und gesellschaftspolitische Position

Allein schon dadurch, daß *Freud* die Sexualmoral seiner Zeit erschütterte, hatten seine Entdeckungen gesellschaftspolitische Konsequenzen. Durch den emanzipativen Zug in ihrem Menschenbild ist die Psychoanalyse mit keinem autoritären, sondern nur mit einem politischen System vereinbar, für das die demokratischen Grundregeln verbindlich sind. Aber auch da wird sie noch lange eine kritische gesellschaftspolitische Position einnehmen und zur Kenntlichmachung und Überwindung gerade der verschleierten Machtstrukturen ihren Bewußtmachungsbeitrag leisten. Das dokumentieren besonders im deutschen Sprachraum verschiedene Veröffentlichungen von Psychoanalytikern (vgl. *Mitscherlich* 1977, *Lorenzer* 1972, *Dahmer* 1973, *Horn* 1976, *Parin* 1977 u. a. m.).

Aber nicht nur der Analytiker denkt nach oder sollte nachdenken über seine gesellschaftspolitische Position. Vielmehr ist im Unterschied zum rein medizinischen Umgang mit Patienten jede Psychoanalyse —

reflektiert oder unreflektiert — *auch* eine Art politologischer Kontemplation, die vor allem der Analysand vollzieht. Psychoanalyse hat stets unterschwellige politische Konsequenzen, die gerade heute viel mehr zu öffentlicher politischer Praxis werden sollten; in einer Zeit nämlich, in der die Politik der Regierenden durch die Möglichkeit der Technologie extreme Folgen für den einzelnen und die Gesellschaft haben kann, wobei vor allem die apokalyptischen Möglichkeiten eine politische Abstinenz verbieten.

Das gilt aber auch für die konstruktive Kritik an verschiedenen gesellschaftlichen Institutionen. So ist im Unterschied zum medizinischen Heilungsgeschehen jeder psychoanalytische Heilungsprozeß zugleich ein Persönlichkeitsbildungsprozeß. Dieser hebt sich deutlich ab von der Eigenart staatlich institutionalisierter Bildungsprozesse, denen gegenüber er in vieler Hinsicht ein Korrektiv darstellt. Darum wären Psychoanalytiker befugt, sich wesentlich stärker bildungspolitisch zu engagieren, als das der Fall ist.

Allerdings hat die Psychoanalyse im Zuge ihrer von Amerika ausgegangenen Medizinalisierung selbst ihre gesellschaftspolitische Position wesentlich auf den Bereich gesundheitspolitischer Kompetenz reduziert. Sie ist ins soziale Versorgungssystem integriert, was zweifellos für viele psychisch kranke Menschen, die sich vorher keine psychotherapeutische Behandlung leisten konnten, eine große Hilfe bedeutet.

Gerade jene vielen Analytiker aber, die sich konfliktlos mit dem gesellschaftlich etablierten Berufsstand der Mediziner zu identifizieren vermögen, vernachlässigen die Tatsache, daß in der Analyse nicht nur die innere, sondern ebenso die äußere, vor allem die gesellschaftliche Realität meditiert wird. Sie verwandeln sich dann in „reine Innenweltspezialisten" (*Richter* 1983, S. 3), deren gesellschaftspolitische Position sich durch politische Abstinenz definiert.

4. Persönlichkeitstheorie

4.1. Begriff und Verständnis der Person

Freud schreibt in einer seiner späteren Arbeiten, dem „Abriß der Psychoanalyse": „Von dem, was wir unsere Psyche (Seelenleben) nennen, ist uns zweierlei bekannt, erstens das körperliche Organ und Schauplatz desselben, das Gehirn (Nervensystem), andererseits unsere Bewußtseinsakte, die unmittelbar gegeben sind und uns durch keinerlei Beschreibung näher gebracht werden können. Alles dazwischen ist uns unbekannt, eine direkte Beziehung zwischen beiden Endpunkten unseres Wissens ist nicht gegeben" (*Freud*, GW XVII, S. 67).

Freud füllt diese „Leerstelle" nicht durch einen Personbegriff mit womöglich ontologischem Anspruch aus, sondern durch das Konstrukt eines „psychischen Apparates", der aufgrund einer „Libidoökonomie" funktioniert. Das erinnert an den „l'homme machine" der Aufklärung.

Allerdings ist die Psychoanalyse bei diesem mechanistischen Modell nicht stehengeblieben. Es ist vielmehr gerechtfertigt, von einer psychoanalytischen „Theoriendynamik" der Persönlichkeit zu sprechen, von einem ständigen Prozeß der Weiterdifferenzierung, der Korrektur und zum Teil kontrovers diskutierter neuer Ansätze.

So werden inzwischen Entwicklungslinien einer „Psychologie der ganzen Person" aufgezeigt, die vor allem an *Hartmanns* Begriffe des Selbst und der primären Ichautonomie anknüpfen (vgl. u. a. *Fetscher* 1983, S. 390-396) und schließlich zu einem höchst komplexen Personbegriff führen werden. In diesem werden allerdings die gerade von der Psychoanalyse herausgestellten Widersprüche im Menschen nur unter Vorbehalten als dialektisch aufgehoben zu betrachten sein.

Vielleicht bringt dabei gerade die zum Teil beibehaltene mechanistische und objektivistische Begrifflichkeit ein — nicht nur der Psychoanalyse eignendes — theoretisches Unvermögen zum unverstellten Ausdruck; nämlich das, den Menschen auf einen glatten, ganzheitlichen Personbegriff zu bringen. Es gibt holistische Beschwörungen, die einen gefährlicheren Reduktionismus beinhalten und zugleich verschleiern, als den, der offenkundig im Begriff eines „psychischen Apparates" zum Ausdruck kommt.

In einem weiterführenden Verständnis der Psychoanalyse ist es daher nur dort angemessen „von Ganzheit zu sprechen, wo der Beobachter gezwungen ist, zur Beschreibung des Strukturganzen mehrere voneinander unterschiedene bzw. sich gegenseitig ausschließende Standpunkte einzunehmen. Dies bedeutet jedoch nicht, daß uns das Ganze des Menschen selbst je zum Gegenstand werden könnte." (*Ulrich/Wiesse* 1983, S. 459) *Freud* geht besonders in seiner Metapsychologie davon aus, daß jedes psychische Phänomen unter verschiedenen Gesichtspunkten beschrieben werden müsse, nämlich unter dem

4.1.1 *dynamischen Gesichtspunkt*

mit dem die Vorstellung umschrieben wird, daß sich im Menschen Kräfte im Konflikt miteinander befinden, die in dessen Verhalten wirksam und durch ihre Richtung und Stärke definiert werden. *Freud* bezeichnete die Kräfte als *Triebe*. Diese lassen den Organismus auf ein *Ziel* hinstreben. Die *Quelle* des Triebes ist ein durch einen körperlichen

Reiz ausgelöster Spannungszustand. Das *Triebziel* ist die Aufhebung des an der Triebquelle herrschenden Spannungszustandes. Dieses Ziel vermag der Trieb am Objekt oder dank des Objektes zu erreichen. Die phänomenologische Vielfalt und das mannigfaltige Mit- und Gegeneinanderwirken der Triebe faßt er schließlich in zwei Grundtrieben zusammen, nachdem sich seine Vorstellung über die Triebe des Menschen mehrmals gewandelt hatte. An der zentralen Bedeutung des *Sexualtriebes* (*Libido*, später *Eros*) hat er von Anfang an festgehalten. Ihm stellte er in seiner letzten Triebtheorie den *Todes-* bzw. *Aggressionstrieb* (*Thanatos*) zur Seite und entgegen. Beide Triebe treten meist in gemischter Form auf. *Freud* spricht von der Möglichkeit ihrer Sublimierung, während *Hartmann* dem Ich des Menschen die Fähigkeit zuspricht, aggressive Triebanteile zu neutralisieren und z. B. kognitiven Leistungen zuzuführen. *Jacobson* (1973, S. 24-26) nimmt eine gemeinsame, neutrale Triebmatrix an, aus der sowohl der Sexualtrieb als auch der Aggressionstrieb hervorgehen. Was den Sexualtrieb betrifft, so hebt *Freud* von Anfang an die Variabilität des Triebzieles und des Objekts der Triebe hervor und betont die Vielfalt der somatischen Quellen, von denen die Befriedigung des Triebzieles abhängig ist. Daraus folgt das Konzept der Partialtriebe (z. B. oraler oder analer Partialtrieb), womit zugleich die Verbindung zum genetischen Gesichtspunkt der Metapsychologie geknüpft ist. Denn der Trieb macht eine Entwicklung von seiner infantilen, prägenitalen Organisation bis zu seiner Subsumption unter das *Primat der Genitalität* durch.

4.1.2 *Ökonomischer Gesichtspunkt*

Er betrifft die Ökonomie des psychischen Energiehaushaltes. Die psychische Energie, auf der u. a. die Stärke oder Schwäche eines Triebimpulses oder die seiner Abwehr beruht, ist im Unterschied zu den Trieben eine richtungslose Größe. *Freud* war der Auffassung, daß der psychische Apparat danach strebt, auf einem möglichst niedrigen Energieniveau zu arbeiten, um eine energetische Homöostase aufrecht zu erhalten.

Zwei Arten psychischer Energie sind zu unterscheiden:

a) Die genetisch frühere freie oder *bewegliche Energie.*

Sie strebt nach unmittelbarer Abfuhr (z. B. ein ungesteuerter Affektausbruch) und steht im Zusammenhang mit dem *Lustprinzip* und den sogenannten *Primärprozessen.*

b) Die gebundene Energie,

die durch die psychische Entwicklung zur Fähigkeit des Triebverzichts und Triebaufschubs auf Umwegen, man kann auch sagen als

gesteuerte Energie, eine Triebbefriedigung anzielt. Verantwortlich für solche Steuerung der Energie ist das *Realitätsprinzip*. Ein daraus resultierendes Verhalten (z. B. ein sachliches Gespräch über Meinungsverschiedenheiten) gehorcht dem *Sekundärprozeß*.

4.1.3 *Topographischer Gesichtspunkt*

Unter diesem Gesichtspunkt wird in der Persönlichkeit des Menschen zwischen den Bereichen des Unbewußten, des Vorbewußten und des Bewußtseins unterschieden. Es ist ein räumliches Modell (topos = Ort). Dabei umfaßt das *Bewußtsein* all das, was wir in einem gegebenen Augenblick gewahren, das *Vorbewußte* ist das Reservoir für alles, an das wir uns willentlich erinnern können. Das *Unbewußte* umfaßt schließlich alle Triebe und Triebwünsche, die uns in unseren Handlungen mitbestimmen, ohne daß wir uns dessen je bewußt werden müssen, dann aber vor allem alle mit starken Affekten besetzten Vorstellungen und früheren Erlebnisse, die verdrängt wurden und dem willentlichen Versuch, sie zu erinnern, erfolgreichen Widerstand entgegensetzen. *Freud* hat dieses Modell bis zum Schluß beibehalten. Er hat es aber durch eine neue Topik überlagert. *Hartmann* hat dafür den Begriff des

4.1.4 *strukturellen Gesichtspunktes*

geprägt. In diesem werden drei psychische Instanzen angenommen, denen topographisch betrachtet drei verschiedene Bereiche mit relativ flexiblen Grenzen unterstehen: das *Es*, das *Ich* und das *Über-Ich*, wobei letzteres noch von einem *Ich-Ideal* unterschieden wird.

Das Es beinhaltet die Triebstruktur des Menschen, wobei *Freud* gemäß seiner späteren Triebtheorie zwischen *Libido* und *Todestrieb* (Eros und Thanatos) unterscheidet. Außerdem ist alles, was ererbt und konstitutionell festgelegt ist, Inhalt des Es, das zugleich dem Unbewußten zuzuordnen ist.

Das Ich hat sich für *Freud* aus dem Es heraus entwickelt, zunächst zum Zweck der Vermittlung zwischen den triebhaften Bedürfnissen aus dem Es, die dem *Lustprinzip* dienen, und der äußeren Realität, die vor allem auch in ihrer gesellschaftlichen Vermitteltheit auf dem *Realitätsprinzip* gründet. Das Ich nimmt dem Es gegenüber eine relativ autonome, aber in vieler Hinsicht gefährdete Stellung ein. *Freud* spricht vom „Ich als Angststätte" (*Freud*, GW XIII, S. 287). Es lebt in Abhängigkeit von Es, Über-Ich und äußerer Realität, und muß zwischen diesen Ansprüchen vermitteln, was in Form von Kompromissen geschieht, die manchmal nur in neurotischer Form gelingen.

Das Über-Ich entsteht für *Freud* im Zuge des ödipalen Konflikts durch Introjektionen der in vieler Hinsicht gesellschaftlich vermittelten elterlichen Gebote und Verbote, während das Ich-Ideal seine Entstehung narzißtischen Idealisierungen des Ich und der Verinnerlichung der idealisierten Anteile der Eltern und der über sie vermittelten Ideale des Kollektivs verdankt.

Eine wichtige Modifizierung von *Freuds* Strukturmodell ist auf *Hartmann* zurückzuführen (*Hartmann*, 1972). Geht für *Freud* das Ich aus dem Es hervor, so postuliert *Hartmann* eine gemeinsame undifferenzierte Matrix, aus der sowohl das Es als auch das Ich entstehen. Dadurch wird dem Ich eine *„primäre Autonomie"* mit primär-autonomen Ichfunktionen — so die der Wahrnehmung, der willkürlichen Motorik und des Gedächtnisses — und eine *„konfliktfreie Zone"* zugesprochen. Schließlich hat *Hartmann* den für die psychoanalytische Persönlichkeitstheorie so bedeutsamen Begriff der *synthetischen Funktion* des Ich eingeführt, deren Aktivität sich am Zielbild einer zu erreichenden Ganzheit der menschlichen Persönlichkeit ausrichtet. Daraus folgt ein relativer Freiheitsspielraum für das Ich, der Voraussetzung für das Verarbeiten von Konflikten und auch für die durch eine Psychoanalyse angezielte Veränderung der Persönlichkeitsstruktur ist.

Auch die Einführung des Selbstbegriffes in die Psychoanalyse geht auf *Hartmann* zurück, E. *Jacobson* hat diesen Begriff dann präzisiert. Sie versteht das Ich als Struktur, das Selbst als Totalität der psychischen und körperlichen Person. Damit kommt der Mensch als Ganzheit in den Blick. Die Differenzierung des Ich- und die Einführung des Selbstbegriffes haben schließlich zur Entwicklung der psychoanalytischen *Ichpsychologie* geführt, der in letzter Zeit durch *Kohut* (1979) eine *Psychologie des Selbst* folgte. Dabei ermöglichte die Unterscheidung von Selbst- und Objektrepräsentanzen, auf die wir später noch kurz eingehen werden, eine für die Psychopathologie und Psychotherapie fruchtbare Differenzierung im Rahmen der psychoanalytischen Entwicklungspsychologie.

4.1.5 *Der adaptive Gesichtspunkt*

Er betrifft alle Aussagen über die Beziehungen des Menschen zur Umwelt, zu Objekten der Liebe und des Hasses und nicht zuletzt zur Gesellschaft. Darum ist dieser Gesichtspunkt auch „in *Hartmanns* und *Eriksons* Sätzen über eine angeborene Bereitschaft für eine sich entwickelnde Reihe durchschnittlich zu erwartender Umwelten impliziert." (*Rapaport* und *Gill*, 1959, S. 159f.) Er beschreibt jene Abstimmung von Lust- und Realitätsprinzip, die Leistung des sich entwickeln-

den Ichs und seiner autonomen Funktionen ist. Die Anpassung des Individuums an die Realität vollzieht sich primär als Sozialisation, sie erfolgt teils autoplastisch, teils alloplastisch.

4.1.6 *Der genetische Gesichtspunkt*

Er betrifft den Ursprung und die Entwicklung psychischer Phänomene und des Menschen insgesamt. Er wird im folgenden Abschnitt über die Entwicklungstheorie ausführlich behandelt.

Die Metapsychologie wird schon seit längerem auch innerhalb der Psychoanalyse kontrovers diskutiert und auch kritisiert. Das betrifft vor allem die Triebtheorie und die Ökonomik. Darauf wird im Zusammenhang mit wissenschaftstheoretischen Anmerkungen noch eingegangen werden. Die vorgestellte Reihenfolge der metapsychologischen Aspekte deutet zugleich eine Entwicklung von einem mechanistisch-biologistischen zu einem immer komplexeren Personbegriff an.

4.2 Entwicklungstheorie

Ausgehend von den Entwicklungsstufen der prä- und postödipalen Reifung des Sexualtriebes bis zur Pubertät, wie *Freud* sie in den „Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie" entwickelte, hat sich die psychoanalytische Entwicklungstheorie inzwischen zu einem sehr komplexen Gebilde ausdifferenziert.

Darum hat schon *Anna Freud* verschiedene Entwicklungsreihen voneinander unterschieden. Diese „beziehen sich einerseits auf die Triebanteile, andererseits auf die Ich- und Über-Ich-Instanzen im seelischen Apparat. Wir kennzeichnen die Entwicklung des Sexualtriebes durch die Aufeinanderfolge der libidinösen Phasen (oral, anal-sadistisch, phallisch, Latenz, Vorpubertät, Genitalität). Wir nehmen für den Aggressionstrieb an, daß bestimmte seiner Äußerungsformen stufenweise der Libidoentwicklung zugeordnet sind (Beißen, Spucken, Einverleibungswünsche als orale Aggression; Herrschsucht, Prahlerei, Überheblichkeit auf der phallischen Stufe; dissoziale Ausbrüche in Vorpubertät und Pubertät ect.). Für das Ich gibt es ‚Entwicklungsstufen des Wirklichkeitssinnes' (*Ferenczi* 1913) und eine annähernde Chronologie der Abwehrmechanismen (*Freud, A.* 1936), für das Über-Ich die Aufeinanderfolge von Identifizierungen mit den Elternobjekten und die fortschreitende Internalisierung der elterlichen Autorität" (*Freud, A.* 1968).

Bevor wir vor allem auf die Entwicklungslinien eingehen, die durch die Ich- und Objektbeziehungspsychologie gezogen worden sind, muß

noch kurz die Bedeutung der *Freud*'schen Phasentheorie, gerade im Hinblick auf sein Konzept der menschlichen Persönlichkeit, hervorgehoben werden, ohne daß wir auf sie ausführlicher eingehen können. Danach ist gerade die möglichst wenig gehinderte Entfaltung der prägenitalen Sexualstruktur so wichtig für eine psychisch relativ gesunde Entwicklung des Menschen. Die Sensibilisierung und in späteren Jahren immer wieder neue Reaktivierung der frühkindlichen ganzheitlichen Sinnlichkeit, der Zärtlichkeit, eines bis in die kognitiven Vollzüge, bis in den „Sprachleib" hinein sich kreativ entfaltenden Eros, sind eine wichtige Zielvorstellung psychoanalytischer Überlegungen zur Entwicklung und Reifung des Menschen. *Freud* spricht provozierend von der polymorphperversen Sexualstruktur des Kleinkindes, die sich in zeitlicher Akzentuierung verschiedener Körperzonen von der oralen über die anale und phallische Phase als Integrationsprozeß bis zur genitalen Reife entfalten sollte.

Schon für *Freud* verläuft allerdings die sexuelle Reifung nicht losgelöst vom sozialen Kontext, also vor allem von der Mutter-Kind-Beziehung. Dennoch ist *Balints* Vorwurf, daß die orthodoxe Theorie eine „one-body-psychology" gewesen sei (*Balint* 1952), nicht von der Hand zu weisen. Durch die Entwicklung der Ichpsychologie und in der Folge die der Objektbeziehungen wurde komplementär zur Theorie der Phasen sexueller Reifung eine Theorie der Ichentwicklung im Kontext der Mutter-Kind-Interaktion aufgestellt, in die schließlich immer mehr der Vater einbezogen wurde. Heute sieht man schon den sozialen Kontext des Neugeborenen triangulär, abgesehen von der Bedeutung etwa vorhandener Geschwister, wodurch auch die Anfänge der ödipalen Problematik, die für *Freud* etwa mit dem 3. Lebensjahr auftritt, mit der Geburt, ja sogar vor ihr anzusetzen sind.

Diese sehr differenzierte Erweiterung der Entwicklungspsychologie gründet im Ansatz *Hartmanns* und wurde durch verschiedene Beiträge, vor allem durch die von *Spitz*, *Mahler* und *Jacobson*, die Gertrude und Rubin *Blanck* zusammengefaßt haben (*Blanck* und *Blanck 1980)*, weiterentwickelt. Dabei haben vor allem *Spitz* und *Mahler* zahlreiche gezielte Beobachtungen von Mutter-Kind-Interaktionen anstellen können.

Unterschieden werden die folgenden Phasen, die sich natürlich individuell unterschiedlich überlappen:

4.2.1 Die autistische Phase.

Es handelt sich um die ersten Lebenswochen, in denen sich das Kind noch gänzlich ohne Objekt erlebt und einen Zustand ständiger Homöostase anstrebt.

4.2.2 Die symbiotische Phase,

die im 2. Monat beginnt und sich durch die diffuse Wahrnehmung eines bedürfnisbefriedigenden Objekts auszeichnet, das aber eine gemeinsame Grenze zur Außenwelt hat. Das Kind kann noch nicht zwischen innen und außen, zwischen sich selbst und anderen unterscheiden. Wenn die Mutter — was sehr wichtig ist — das Verhalten des Kindes spiegelt, verinnerlicht dieses vor allem ihre Befriedigung und Geborgenheit gebenden Eigenschaften, also das, was *Erikson* als *Ur-Vertrauen* bezeichnet. (vgl. *Erikson* 1974) Hier wird der Grund gelegt für die Entwicklung der emotionalen und kommunikativen Fähigkeiten.

Wenn das Kind sich selbst als von der Mutter getrennte Existenz zu erleben beginnt, befindet es sich in der

4.2.3 Loslösungs-Individuationsphase.

Mahler unterteilt sie in die

4.2.3.1 Differenzierungsphase (ca. 4. bis 9. Monat).

In ihr bildet sich das Körperschema heraus. Der symbiotische Bereich wird ausgeweitet und überschritten, wenn das Kind in ihm vorher sicher und geborgen war. Die verinnerlichten Bilder der Objekte, vor allem der Mutter (*Objektrepräsentanzen*), beginnen sich vom Selbstbild (Selbstrepräsentanz) zu unterscheiden.

4.2.3.2 Übungsphase (ca. 10. bis 18. Monat).

Die Entwicklung des motorischen Apparates schreitet voran, die immer stärkere physische Trennung wird möglich. Das Kind kann Nähe und Distanz zur Mutter selbst bestimmen. Das Interesse für unbelebte Gegenstände nimmt zu. Das Kind sucht sich selbst *Übungsobjekte* (*Winnicott* 1965) aus (einen Stoffetzen, ein Stofftier, eine Decke etc.), die die jeweilige Trennung von der Mutter überbrücken helfen.

4.2.3.3 Wiederannäherungsphase (etwa 14. bis 24. Monat)

In ihr ergibt sich die Notwendigkeit, die sehr schnellen Verselbständigungstendenzen zu kompensieren. Es kann ein heftiger *Ambivalenzkonflikt* zwischen den omnipotenten Vorstellungen der eigenen Selbständigkeit und der sich gleichzeitig steigernden Angst vor Liebesverlust entstehen. Dieses Verhalten sollte von der Mutter mit viel Empathie toleriert werden, sonst kann die *Spaltung* in zwei scharf getrennte Bilder von der Mutter, nämlich einer guten und einer bösen Objektrepräsentanz, nicht überwunden werden. Dann gelingt keine ambiva-

lenz-tolerante ganzheitliche und konstante Beziehung (*Objektkonstanz*), was in dieser Phase ebenso beginnen sollte wie die Anfänge eines konstanten Gefühls für das eigene Selbst (*Selbstkonstanz*) und die *Geschlechtsidentität*.

4.2.3.4 Konsolidierung der Individualität und die Anfänge der emotionalen Objektkonstanz (etwa 20. bis 36. Monat).

In dieser Phase geht es für das Kind um die endgültige Festigung seiner Individualität und einer vor allem auch emotionalen Objektkonstanz, so daß die Mutter auch während ihrer Abwesenheit als identische, Sicherheit vermittelnde Person erinnert werden kann, der gegenüber auch eine gewisse Frustrationstoleranz entwickelt ist, d.h. zwischen den guten (Befriedigung verschaffenden) und den bösen (frustrierenden) Teil-Objektrepräsentanzen muß es schließlich zu einer Synthese kommen, die ertragen werden kann.

Die Ergänzungen der ichpsychologischen Untersuchungen beruhen auf einer Fülle von gewonnenen Erkenntnissen über die ersten drei Lebensjahre. Bei *Freud* und in der klassischen Psychoanalyse wurde der Zeit vom 3. bis zum 6. Lebensjahr die größte Bedeutung beigemessen. Hier hat in den letzten Jahrzehnten eine starke Schwerpunktverlagerung stattgefunden, die wieder ins Gleichgewicht gebracht werden sollte (vgl. *Mertens* 1983, S. 108).

Der ödipale Konflikt führt günstigenfalls zur Bildung und Konsolidierung des Über-Ich. In diesem Konflikt sollte sich der endgültige Übergang von einem mehr dyadischen zu einem triadischen Beziehungsmuster vollziehen. Das meint, z.B. auf den Sohn bezogen, das Bewußtwerden seiner Rivalität mit dem Vater in Bezug auf sein Liebesobjekt, die Mutter. Die Beziehung zu ihr ist von sexuellen Wünschen getragen, also als Inzestwunsch zu verstehen. Der ödipale Konflikt endet für *Freud* günstigenfalls damit, daß der Sohn seine *Kastrationsangst* und seinen eifersüchtigen Haß auf den Vater verinnerlicht und dadurch weiterhin eine positive Beziehung zu ihm aufrecht erhalten kann. Durch diese Verinnerlichung entsteht das Über-Ich. Die verbietende Stimme des Vaters wird zur eigenen. Sie wird für *Freud* zum Gewissen. Heute wird dieses Muster der Über-Ich-Bildung lediglich noch als eine von vielen sozio-kulturell bedingten Möglichkeiten angesehen.

Fisher/Greenberg (1977) kommen inzwischen zu der empirisch gestützten Auffassung, daß die Lösung der ödipalen Krise vor allem auf das Vertrauen zum Vater und nicht auf die Kastrationsangst des Sohnes zurückzuführen ist. Das bekräftigt die Einsicht, daß die Bil-

dung des Über-Ich schon in der symbiotischen Phase, in der nach *Erikson* (1974) ein Urvertrauen fundiert wird, beginnt, und nicht in der sozio-kulturell bedingten Reinlichkeitsdressur einer „paternistischen Analkultur" (*Cremerius* 1977a). Beide Eltern sind nach heutiger Auffassung am Entstehen des Über-Ich beteiligt.

Auf den gemeisterten ödipalen Konflikt folgt für *Freud* die Latenzphase, in der das sexuelle Interesse zurücktritt, bis es schließlich in der frühen Pubertät zur beginnenden Festigung des Primats der Genitalität kommt. *Erikson* sieht in der Adoleszenz vor allem eine Spannung zwischen *„Identität* und *Identitätsdiffusion"* (*Erikson* 1974, S. 106-114). Das trifft auf die Krise und Chance der Geschlechterbegegnung ebenso zu wie auf die Bindung an neue Gruppen, die Festigung der sozialen Rolle und schließlich die notwendig werdende Strukturierung der Zukunftsperspektive. Für das Erwachsenenalter unterscheidet er drei Entwicklungsstufen.

Die erste ist bestimmt durch die nach Möglichkeit gereifte Genitalität. Es geht um die Fähigkeit, mit einem geliebten Partner des anderen Geschlechts orgiastische Potenz zu entwickeln. *Erikson* umschreibt diese Phase mit der für ihre Anforderungen nötigen Entwicklung von *„Intimität und Distanzierung gegen Selbstbezogenheit"* (ebd., S. 114-117).

Die zweite ist für ihn gewichtet durch das Interesse an der Erzeugung und Erziehung der nächsten Generation oder an einer anderen schöpferischen Leistung. *„Generativität gegen Stagnation"* heißt gleichsam der Apell, den *Erikson* an Erwachsene des mittleren Lebensalters richtet.

Die dritte Stufe steht dann unter der polaren Krise von *„Integrität gegen Verzweiflung und Ekel"*. Der Mensch übernimmt im hohen Alter entweder die Verantwortung für das eigene Leben und ist bereit, „die Würde seiner eigenen Lebensform gegen alle physischen und wirtschaftlichen Bedrohungen zu verteidigen" (ebd., S. 119) oder er scheitert an unbewußter Todesfurcht und daran, sein Leben nicht gemeistert zu haben. Daraus folgt eine Verzweiflung, die sich oft hinter Ekel und Lebensüberdruß versteckt.

Die Psychoanalyse hat sich zweifellos einseitig auf die Herausarbeitung einer Entwicklungspsychologie der Kindheit konzentriert und bis auf *Eriksons* Phasentheorie und einige neuere Ansätze die theoretische Reflexion auf die Eigenqualität späterer Lebensabschnitte vernachlässigt.

Das ist sicher mit zu verstehen aus der Tatsache, daß Entwicklung ein integrativer Prozeß ist, der idealiter von einem Lebensabschnitt

zum anderen immer komplexere Muster des Erlebens, Verhaltens und Handelns zur je vorläufigen Synthese bringen sollte.

Man darf für die mangelhafte Entwicklungstheorie des Erwachsenenalters allerdings auch *Freuds* Determinismus verantwortlich machen. Er legt die Annahme nahe, daß die Weichen für ein psychisch relativ gesundes oder aber neurotisches Schicksal sehr früh gestellt sind. Sicher ist darum auch der Vorwurf *Lorenzers* (1981, S. 13) ernstzunehmen, daß die Psychoanalyse der sekundären Sozialisation zu wenig Aufmerksamkeit schenkt. So hat zwar ein Psychoanalytiker, nämlich Réne *Spitz*, den Begriff des *Hospitalismus* geprägt, den des *Scolatismus* aber ein Reformpädagoge, nämlich Celestine *Freinet* (1980, S. 14), der die aus den Schulängsten hervorgehenden psychischen Schäden anprangert.

Ängste aber begleiten die Entwicklung des Kindes von früh an. Ohne hier auf die psychoanalytische Angsttheorie eingehen zu können, seien doch in groben Zügen phasenspezifisch schematisiert Formen der Angst vorgestellt:

1. Traumatische Überstimulierung

Gedo/Goldberg (1973) sehen die erste Gefahr in einer Reizüberflutung, durch die automatisch Angst hervorgerufen werden kann, vor allem bei noch bestehender Ichschwäche.

2. Die Angst vor Objektverlust (Trennungsangst)

Sie herrscht vor in einer Zeit, in der die Differenzierung zwischen Selbst- und Objektrepräsentanzen beginnt, das Kind für die Befriedigung seiner primären Bedürfnisse aber noch restlos auf die Mutter oder eine andere Pflegeperson angewiesen ist.

3. Die Angst vor Liebesverlust

Sie entwickelt sich mit der Differenzierung der affektiven und kognitiven Funktionen des Kindes.

4. Die Kastrationsangst

Dieser Begriff steht für eine generelle Angst vor Bestrafung oder Vergeltung, die aus den Spannungen in der Beziehung zu den Eltern resultiert.

5. Gewissensangst

Sie entsteht mit der Über-Ich-Konsolidierung in der ödipalen Phase und leitet eine von den elterlichen Belohnungen und Bestrafungen unabhängigere selbstdeterminierte intrapsychische Verhaltensregulierung ein.

6. Angst vor realistischen Gefahren

Sie ist sozusagen eine reife Angst, die einer realistischen Einschätzung situationsspezifischer Bedrohungen entspricht.

Da es sich bei diesem Modell der Entwicklung von Angst um ein epigenetisches handelt, sind die vorhergehenden Ängste irgendwie in den folgenden Stufen bewahrt und können daher in Situationen, die das Ich des Erwachsenen überfordern, regressiv wiederbelebt werden.

Hand in Hand mit der Angstentwicklung bildet das Ich mehr oder weniger unbewußte und automatisierte Verhaltensweisen aus, die ihm ein möglichst ökonomisches Umgehen mit den verschiedenen Ängsten ermöglichen, die aus dem Es, dem Über-Ich oder der äußeren, vor allem der sozialen Realität drohen. Das gilt schließlich auch für andere Gefühle und Affekte wie Wut, narzißtische Kränkung, Scham und Schuldgefühle. Es handelt sich um die von *Anna Freud* systematisierten *Abwehrmechanismen*. Von ihr stammt auch der problematische Versuch, die Abwehrmechanismen zu klassifizieren. Dabei unterscheidet man heute phasenspezifisch zwischen weniger reifen und reifen Formen der Abwehr.

Im Rahmen der Objektbeziehungspsychologie hat vor allem *Kernberg* (1976) im Anschluß an Melanie *Klein* eine Theorie über Abwehrmechanismen auf einem niedrigen Niveau der Ichorganisation entwickelt. Es handelt sich vor allem um den Mechanismus der Spaltung, der darauf beruht, daß in frühen Stadien der Ichentwicklung Introjektionen mit positiver Valenz von solchen mit negativer getrennt gehalten werden. Dabei kann man noch nicht von Abwehr im eigentlichen Sinne sprechen. Negative Introjektionen (in denen Selbst- und Objektbilder noch miteinander verschmolzen sind) werden ausgestoßen, wodurch ein „purifiziertes Lust-Ich" gesichert wird. Die befriedigende und die frustrierende Mutter werden dann noch als zwei verschiedene Objekte wahrgenommen. Es handelt sich um für die Entwicklung notwendige Vorläufer der Unterscheidung von Subjekt und Objekt, die erst durch die Reifung der synthetischen Funktion des Ich abgelöst werden, kraft derer schließlich die Erkenntnis der Einheit der „guten" und der „bösen" Mutter in einer Person ertragen werden kann. Die Beiträge *Kernbergs* sind von wichtiger Bedeutung für die Psychopathologie früher Störungen, die gerade heute überwiegen.

Die Reihenfolge der nun angeführten Abwehrmechanismen entspricht in etwa ihren je weiter ansteigenden Reifegraden.

1. Verleugnung

Im Unterschied zur Verdrängung, bei der Anteile der inneren Realität (z.B. ein Triebanspruch) aus dem bewußten Erleben ausgeschaltet werden, wird bei der Verleugnung ein Teil der angstmachenden äußeren Realität durch Blockierung der äußeren Sinneseindrücke nicht zur Wahrnehmung zugelassen. Das gelingt durch Produktion von Tagträumen, im Extremfall durch einen psychotischen Schub, wodurch die Ichfunktion der Realitätsprüfung in bedrohlicher Weise gestört wird. Für *Anna Freud* handelt es sich dabei um eine Vorstufe der Abwehr.

2. Die Identifikation

Durch Verinnerlichung von Verhaltensaspekten eines anderen Menschen kann ein selbstverantwortliches Verhalten und Handeln abgewehrt werden.

3. Die Projektion

Eigene Triebansprüche werden unbewußt einem anderen Menschen zugesprochen, sie werden nach außen verschoben. Der berühmte Splitter, den man im Auge des anderen sieht, um den Balken im eigenen übersehen zu können.

4. Die Regression

Sie wird z.B. in unbefriedigenden Situationen eingesetzt, durch ein Zurückfallen in frühere und primitivere Formen des Erlebens, die befriedigender waren.

5. Die Reaktionsbildung

Hier wird eine abgelehnte Triebregung nicht nur durch Verdrängung unbewußt gehalten, sondern darüber hinaus durch einen gegenteiligen Antrieb gegenbesetzt. Eine überfürsorgliche Mutter kann eben damit ihren Haß auf das nicht gewollte Kind abwehren.

6. Verschiebung

Durch eine Lösung der Verknüpfung von Affekt und Vorstellung kann ein Affektbetrag an eine vom Über-Ich weniger bedrohte Vorstellung geknüpft werden.

7. Das Ungeschehenmachen

Ursprung ist das magische Denken in der frühen Kindheit. Eine verpönte Handlung soll durch eine darauffolgende mit entgegengesetztem Inhalt ungeschehen gemacht werden.

8. Die Isolierung

Es handelt sich um mehrere Formen, denen gemeinsam ist, daß zwei zusammengehörende Inhalte weiterhin bewußt bleiben, aber in getrennter Form. Das betrifft in unserer Kultur vor allem die Trennung von affektiven und rationalkognitiven Inhalten.

9. Die Rationalisierung

Peinliche Wünsche, fehlende Fertigkeiten und die damit verbundenen Ängste vor Verachtung werden unbewußt durch oft fadenscheinige Erklärungen zu begründen versucht. Damit wird ein positives Selbstbild aufrechterhalten. So kann der Sadismus eines sein Kind durch Schläge maßregelnden Vaters mit der Rationalisierung, daß er eben damit das Kind für die Härten des Lebens stark mache, abgewehrt werden. Deutlich wird dabei die Abhängigkeit der Rationalisierung von den jeweiligen gesellschaftlichen Wertvorstellungen.

10. Die Verdrängung

Sie ist der erste Abwehrmechanismus, den *Freud* erkannt und definiert hat. Dieser Mechanismus läuft völlig unbewußt ab. Das Verdrängte ist dem Ich nicht bewußt. Es existiert als unbewußter Inhalt des Es weiter. Das Ich setzt dem kontinuierlich Gegenkräfte entgegen, ein Vorgang, den man als „Gegenbesetzung" bezeichnet. Letztere kann versagen, z.B. wenn ein Triebwunsch zu stark wird.

11. Die Sublimierung

Es bestehen unterschiedliche Meinungen darüber, ob es sich hier überhaupt um einen Abwehrmechanismus handelt. Schließlich darf die Fähigkeit zur Sublimierung als ein Reifekriterium angesehen werden. Sie setzt die Fähigkeit zu bewußtem Triebverzicht oder Triebaufschub voraus, wodurch aber gerade infantile Wunschregungen nicht verdrängt, sondern für ein geistiges oder kulturelles Ziel eingesetzt werden. Die Sublimierung betrifft vor allem den Sexualtrieb. Entsprechend spricht *Hartmann* von der „Neutralisierung" aggressiver Triebenergie, durch die deren Destruktivität aufgelöst wird (*Hartmann* 1972, S. 222). Die Sublimierung verschafft schließlich auch Lustbefriedigung, wenn auch auf anderer Ebene, nämlich einer sekundär-narzißtischen.

Alle Abwehrmechanismen hängen miteinander zusammen. Die hier getroffenen Unterscheidungen sind Akzentuierungen. Wichtig ist auch die Feststellung, daß Abwehrmechanismen für den intra- und interpsychischen Austausch nötig sind, weshalb *Caruso* (1972) sie auch als *Austauschmechanismen* bezeichnet. Sie können, müssen aber nicht neurotische Fehlhaltungen zum Ausdruck bringen.

4.3 Konzepte zur Lebensspanne

In der psychoanalytischen Forschung und therapeutischen Praxis überwiegt die Retrospektive. In gewisser Weise gilt für die Psychoanalyse das Wort Christi: „So ihr nicht werdet wie die Kinder, werdet ihr nicht ins Himmelreich eingehen" (Matth. 18:3). D.h., daß es für die Psychoanalyse immer wieder darum geht, im bewußtmachenden Prozeß durch alle, vor allem aber die gesellschaftlich bedingten Entfremdungen hindurch zurückzufinden zu den verschütteten Quellen frühkindlicher Phantasie, Spielfähigkeit und Kreativität, um diese Grundanlagen des Menschen sinnstiftend in das Leben des Erwachsenen zu befreien, auch, um es dann alloplastisch für die schöpferische Mitarbeit an einer besseren Gesellschaft einzusetzen. Dadurch wird die für *Freud* sinnlose Frage nach dem Sinn des Lebens ersetzt durch die immer wieder neue Entscheidung, konkreten Sinn leben zu wollen, wie überhaupt das Leben des Erwachsenen wesentlich von seinen Entscheidungen in Situationen der Herausforderung geprägt sein sollte (vgl. *Drews/Zwiebel* 1978). Damit ist allerdings dem Tod kein Sinn abzugewinnen. Er steht als Thanatos unversöhnlich Eros gegenüber. Für *Freud* ist das Leben lediglich ein Umweg zum Tode (*Freud*, GW XIII, S. 40). Dieses pessimistische Lebenskonzept scheint allerdings heute durch jene Krise gerechtfertigt, in der sich nicht nur der alte, unmittelbar vor dem Tode stehende Mensch befindet, sondern schon der Jugendliche, ja schon das Kind. Der Lebenslauf bis zum Alter und Tod ermöglicht keinem Menschen mehr eine vorstrukturierte Zukunftsperspektive. Angesichts der ständigen technologischen Umgestaltung von Berufs- und Alltagswelt, der synkretistischen Fragmentierung traditioneller Wertorientierungen und des täglich möglichen atomaren Weltunterganges dienen Lebenskonzepte immer mehr der Abwehr dieser Tatsache. Allerdings ist für *Freud* der Mensch in seinem Unbewußten unsterblich. Auch das entspricht dem Erleben des Kindes. Es entspricht dem des Erwachsenen, soweit dieser aller Realität zum Trotz auf Eros setzt und mit all seinen Kräften und Fähigkeiten mit ihm zusammen wirkt, wie es mit einem leichten Hoffnungsschimmer auch *Freud* versuchte.

4.4 Individuum und Gesellschaft

Es wäre nicht unangebracht, die folgenden Anmerkungen zum Verhältnis von Individuum und Gesellschaft in psychoanalytischer Sicht der Entwicklungstheorie zuzuordnen. Das würde vor allem dem ich-

bzw. objektpsychologischen Phasenmodell eine notwendige Ergänzung, wenn nicht gar ein Korrektiv anfügen.

In der Tat bestimmt sich gerade für eine Psychoanalyse, die sich als Sozialwissenschaft versteht, das Aufeinandereinwirken der beiden „Funktionskreise" Individuum und Gesellschaft als ein meist schwer durchschaubarer Prozeß gegenseitiger Vermittlung. Dieser hebt besonders für Alfred *Lorenzer* schon mit der primären Sozialisation an als eine gesellschaftliche Herstellung des subjektiven Moments (*Lorenzer* 1972). Die sekundäre Sozialisation dient dann nur zu leicht der vollständigen Adaption an die Gesellschaft und ihre wie auch immer verschleierten Machtstrukturen. So schmarotzten im Nationalsozialismus extrem pathologische Machtstrukturen auf Erlebnismustern der primären Sozialisation.

Gerade die Psychoanalyse hat aber ein Instrumentarium möglicher Selbstreflexion entwickelt, das die opake Struktur des Verhältnisses von Individuum und Gesellschaft durchsichtiger zu machen vermag. Das gilt schon in starkem Maße für *Freud*. In „Totem und Tabu" schreibt er bereits: „Im Seelenleben des Einzelnen kommt ganz regelmäßig der andere als Vorbild, als Objekt, als Helfer und als Gegner in Betracht, und die Individualpsychologie ist daher von Anfang an auch gleich Sozialpsychologie in diesem erweiterten, aber durchaus berechtigten Sinne." (GW IX, S. 73) Die Kritik der Sexualmoral seiner Zeit artikuliert *Freud* kulturtheoretisch genauer in seiner Schrift „Das Unbehagen in der Kultur" (*Freud*, GW XIV), seine Religionskritik in „Die Zukunft einer Illusion" (*Freud*, GW XIV). Es handelt sich um Auseinandersetzungen mit gesellschaftlichen Institutionen im weitesten Sinne.

Allerdings reduzierte *Freud* dabei Soziologie auf Psychoanalyse. Talcott *Parsons*, der den grundlegenden Beitrag der Psychoanalyse zur Soziologie würdigt, versucht *Freuds* Psychologismus zu überwinden (vgl. *Parsons* 1968). Er gerät dabei aber in einen, den gesellschaftskritischen Impetus *Freuds* nivellierenden Soziologismus. Aufgrund seiner These von einer biologisch fundierten Anpassungsbereitschaft des Individuums an das je bestehende gesellschaftliche Ordnungssystem verschleiert er den Reflex gesellschaftlicher Widersprüche im Individuum.

Dagegen führt eine — wenngleich gebrochene — Linie von *Freuds* kritischer Kulturtheorie über die an *Marx* orientierten Psychoanalytiker Sigfried *Bernfeld*, Wilhelm *Reich*, Otto *Fenichel* und Erich *Fromm* zu *Adorno*, *Horkheimer*, Herbert *Marcuse*, die stark auf *Mitscherlich* und dann auf *Horn*, *Lorenzer*, *Dahmer* und *Schülein* einwirkten. Letz-

tere wollen in kritischer Überprüfung freudo-marxistischer Positionen zu einer gesellschaftstheoretischen Bestimmung des Verhältnisses von Individuum und Gesellschaft finden und eine kritische Theorie des Subjekts entwickeln (vgl. *Horn* 1976, *Schülein* 1975, *Lorenzer* 1972, *Dahmer* 1975).

Diese betont gesellschaftskritisch engagierte Richtung hebt sich deutlich ab von der sich im Zuge der Medizinialisierung gesellschaftlich etablierten größeren Gruppe der Psychoanalytiker. Diese entwickelten zwar sehr differenzierte Beiträge zur Theorie und Praxis der Psychotherapie, vernachlässigten dabei aber oft auffallend den gesellschaftlichen Aspekt.

5. Theorie der Psychotherapie

5.1 Erkenntnis- und wissenschaftstheoretische Grundlagen

Die psychoanalytische Forschungssituation ist eine interaktionistische. Erkenntnis geht dabei Hand in Hand mit der Veränderung einer Beziehungsstruktur. Trotz *Freuds* naturwissenschaftlichen und objektivistischen Argumentationsstils ist daher die erkenntnistheoretische Position der Psychoanalyse nur in sehr eingeschränkter Form mit dem objektivistischen Erkenntnisideal vereinbar. Besonders auch insofern, als sich letzteres noch zum großen Teil an der klassischen Physik orientiert.

Das muß kritisch vorausgeschickt werden, wenn man sich — im Hinblick auf eine Theorie der Psychotherapie — die Struktur der psychoanalytischen Wissenschaft auf einfache Weise verdeutlichen will.

Ein Beispiel dafür gibt *Waelder* (1962). Er unterscheidet hierarchisch verschiedene Abstraktionsebenen psychoanalytischer Begriffsbildung:

1. Die Ebene der Beobachtung in der psychoanalytischen Situation.
2. Die Ebene der klinischen Interpretation.
3. Die Ebene, auf der die Generalisierungen der Beobachtungsdaten und der Interpretationen stattfinden.
4. Die Ebene der klinischen Theorie, etwa des Widerstandes oder der Übertragung.
5. „Über die klinischen Begriffe hinaus gibt es ohne scharfe Abgrenzung eine mehr abstrakte Begriffsart wie Kathexis, psychische Energie, Eros, Todestrieb. Hier erreichen wir die Ebene der Metapsychologie." (ebd., S. 620)
6. Die Ebene philosophischer Spekulationen, wie sie *Freud* z. B. bewußt in seiner Triebmythologie betreibt. Hier werden heuristische

Metaphern verwendet, durch die theoretische Voreingenommenheiten überwunden und kreativ neue Fragestellungen entdeckt werden können. Aber solche „Ideen sind nicht das Unterste, sondern das Oberste des ganzen Baues und können ohne Schaden ersetzt und abgetragen werden." (*Freud*, GW X, S. 142)

Die letzten beiden Ebenen werden daher auch in der Psychoanalyse kontrovers diskutiert. Die einen üben Kritik am „szientistischen Selbstmißverständnis der Psychoanalyse", das in der Fassung der Metapsychologie zum Ausdruck komme (*Habermas* 1968, S. 300-320). Für sie ist die „psychoanalytische Operation als radikal hermeneutische Theoriebildung klarzustellen" (*Lorenzer* 1974, S. 153). Die anderen (*Hartmann* 1927, 1959, *Rapaport* 1969, *Perrez* 1972, *Möller* 1978) halten an der Notwendigkeit eines nomothetischen Wissenschaftsverständnisses fest, dem die Psychoanalyse allerdings nur sehr mangelhaft entspreche. Die Radikalität dieser Positionen läßt allerdings deutlich werden, daß man auf *Waelders* metapsychologischen Abstraktionsebenen nicht ohne Folgen für die Basisebenen mit theoretischen Reformulierungen agieren darf.

Zwischen den beiden extremen Positionen vermittelnde Versuche gehen schließlich dahin, mit Anleihen bei der Systemtheorie und der Kybernetik bzw. der Informationstheorie die psychoanalytische Metapsychologie zu reformulieren. Dabei scheinen die wissenschaftstheoretisch scharfsinnigen Versuche von *Pritz/Mitterauer* (1977, 1983), auf der Basis der dialektischen Logik von J. *Günther* (1978) eine synthetisch interdisziplinär konstituierte Metatheorie zu entwickeln, sehr bedenkenswert. Auch ihr Entwurf einer psychoanalytischen Handlungstheorie ist wissenschaftstheoretisch fundierter als *Schafers* (1976) leichter nachvollziehbare Reformulierung der Metapsychologie in eine Handlungssprache.

Für die Theorie der Psychotherapie sind vor allem — doch keineswegs nur — *Waelders* dritte und vierte Abstraktionsebenen relevant. Aber die Verbindung von psychoanalytischer Theorie und Praxis zeigt sich an der ebenso starken Bedeutung dieser Ebenen für die Theorie der Technik, also für die Behandlungsmethodik der Psychoanalyse.

5.2 *Psychopathologie (Neurosentheorie, Theorie psychiatrischer Erkrankungen)*

Der Unterschied zwischen einem existentiellen Konflikt, dem so gut wie kein Mensch auf dieser Welt ausweichen kann, und einem neurotischen ist schon für *Freud* nur ein quantitativer. „Wir wissen längst",

schreibt er, „daß wir die nämlichen Komplexe und Konflikte auch bei allen Gesunden und Normalen zu erwarten haben" (*Freud*, GW VIII, S. 338).

Ein wichtiger Beitrag der Psychoanalyse besteht daher gerade in ihrer Problematisierung des Krankheitsbegriffes der Psychopathologie. Man spricht heute von einer sogenannten „Normalpathologie", die von der klinischen unterschieden wird. Es wird festgestellt, daß der Normale ebenso wie der klinisch Kranke an der freien Entfaltung zu einer selbstverantwortlich denkenden und handelnden Persönlichkeit gehindert sein kann (vgl. *Bach/Heine* 1981). Die Normalpathologie wird von den sie Betreffenden allerdings kaum als Konflikt wahrgenommen. Sie sind oft die beruflich und gesellschaftlich fraglos Funktionierenden. Dagegen haben die klinisch etikettierten Neurotiker oft ein „gesundes Bewußtsein" ihres Leidenszustandes und können daher eher ein Sensorium für pathologische Zustände in der Gesellschaft entwickeln. Darum bedürften nicht nur die im herkömmlichen Sinne psychisch Kranken, sondern auch viele sogenannte Gesunde der Psychoanalyse oder einer anderen Form vertiefter Selbstreflexion.

Wenden wir uns nun einer notwendig knappen Zusammenfassung der psychoanalytischen Neurosenlehre zu, so läßt sich auch da — vor allem bei den Praktikern — ein verstärktes Unbehagen an der als immer unzureichender erkannten nosologischen Klassifikation beobachten (vgl. u. a. *Hinze*, E., 1982). Dieses Unbehagen ergibt sich aus der Notwendigkeit, für Kassenpatienten rasche und präzise Diagnosen erstellen zu müssen. An sich widerstreben etikettierende Feststellungen dem immer komplexer werdenden psychodynamischen Konfliktverständnis der Psychoanalyse. Daraus folgen die entsprechenden Schwierigkeiten im Hinblick auf eine griffige Krankheitslehre der Psychoanalyse. Immerhin ist es auffallend, daß seit *Fenichels* grundlegender, im Jahre 1945 erschienener Neurosenlehre noch kein ähnlich umfassender Versuch vorliegt. Man muß das wohl als Zeichen klassifikatorischer Unsicherheit deuten. Trotz dieser Unsicherheit lassen sich in verallgemeinernder Form zwei psychoanalytische Konfliktmodelle unterscheiden, auf denen heute die psychoanalytische Neurosenlehre gründet: das strukturelle und das objektbeziehungstheoretische, die einander ergänzen (vgl. *Mertens* 1981, S. 130-143).

Das neurotische Symptom ist im klassischen, strukturellen Sinne eine unbewußte Kompromißbildung zwischen sexuellen bzw. aggressiven Triebwünschen aus dem Es einerseits und der Abwehr des Ich bzw. des Über-Ich andererseits. Gelegentlich fällt dabei ein brauchbarer Krankheitsgewinn ab. Positiv gesehen hat das neurotische Symptom in

verzerrter Form sogar gewisse Analogien zum Kunstwerk. Es enthält jedenfalls schöpferische Momente, die aus der Regression hervorgehen. Man muß es als die immerhin beste Konfliktlösung betrachten, die der betreffende Mensch oft lange Zeit selbst zustande bringen konnte. Die Betonung des konstruktiven Aspekts neurotischer Symptomatik ist eine wichtige Voraussetzung für den vorsichtigen therapeutischen Umgang mit ihr.

Für *Freud* wurzelt jedes neurotische Symptom in jenem Kernkonflikt, den die ödipale Krise auslöst. Das Kind muß den Eintritt in die soziale Realität eines Dreiecksverhältnisses mit Vater und Mutter meistern, um dann in späteren zwischenmenschlichen Beziehungen außer der Fähigkeit zur Hingabe eine relative Unabhängigkeit wahren und diese auch dem Mitmenschen und einem Partner zugestehen zu können, was nur selten wirklich gelingt.

Entwicklungspsychologisch betrachtet setzt die Möglichkeit der Bildung eines Ödipuskomplexes allerdings eine relativ gelungene präödipale Entwicklung voraus. Ohne diese sind die für einen solchen Widerspruch nötigen Differenzierungen zwischen Ich, Es und Über-Ich noch gar nicht gegeben. Die psychoanalytische Neurosenlehre ist daher im unmittelbaren Zusammenhang mit den Krisenpunkten der frühkindlichen Entwicklung zu sehen. Allerdings geht *Freuds* Neurosenverständnis vom Modell einer regressiven Abwehr des ödipalen Konflikts aus. Dieser Konflikt, den das Kind durch die sogenannte frühkindliche Amnesie verdrängt, kann später bei entsprechenden auslösenden Situationen im Erwachsenen wiederbelebt werden, der dann versucht, ihn durch Regressionsversuche auf präödipale Erlebnismuster zu bewältigen.

Während für *Freud* das Krankheitsbild der Hysterie auf einer gelungenen Verdrängung des Ödipuskomplexes beruht, verdanken sich zwangsneurotische Symptome einer Regression auf die analsadistische Entwicklungsstufe. Bei der Depression kommt es zu einer regressiven Fixierung an die oral-kannibalistische Phase. Die Schizophrenie ist das Ergebnis einer zeitlich noch weiter zurückdrängenden Abwehr.

Dieses Modell ist heute nur noch unter Vorbehalten als Orientierungsschema für Diagnose und Therapie anzusehen. So ist der Ödipuskomplex keineswegs ein Kernkonflikt von so ubiquitärer Bedeutung, wie *Freud* das gemeint hat. Selbst in der BRD ist seine Bedeutung schichtenspezifisch sehr unterschiedlich zu gewichten (vgl. *Cremerius*, 1979). Ähnliches gilt für die Eigenart der Neurotisierung, die aus einer übertriebenen Reinlichkeitserziehung resultiert. Die Krisenthematik scheint sich hier inzwischen stärker vom Analbereich auf das ein-

schneidende Gewicht zu verlagern, das in diesem Alter, also in der Loslösungs-Individuationsphase, dem Laufen- und Sprechenlernen zufällt. Dabei handelt es sich vor allem um Entwicklungen von Ichfunktionen in ihrer dialektischen Beziehung zu den primären Beziehungsobjekten. Viele Störungen werden daher heute nicht mehr in erster Linie relativ zum Ödipuskompex interpretiert, den *Freud* ja in der Biographie zeitlich starr markiert. Man spricht vielmehr immer häufiger von Ichdefiziten in je spezifischem Objektsbeziehungskontext. Die Entstehungsbedingungen der psychischen Störung liegen dann vor der ödipalen Phase, woraus folgt, daß ein Kind in solchem Fall in seiner psychischen Entwicklung die ödipale Krise noch gar nicht erreicht hat. Ich und Über-Ich haben sich dann noch nicht so weit entwickelt und voneinander differenziert, daß eine konflikthafte Spannung zwischen den Instanzen möglich ist.

Ichdefizite auf der Basis von frühen Objektbeziehungsstörungen sind heute die Hauptursache für die immer verbreiteter auftretenden narzißtischen und die Borderline-Persönlichkeitsstörungen, mit denen wir uns wegen ihrer Aktualität kurz genauer befassen wollen. Die deskriptive Erfassung beider Störungsbilder leitete eine wichtige Ergänzung und Problematisierung der psychoanalytischen Neurosenlehre ein. Eine sehr differenzierte Unterscheidung zwischen beiden Störungen hat vor allem *Kernberg* (1978) geleistet, wobei zwischen seinem und *Kohuts* (1971) Verständnis der narzißtischen Persönlichkeitsstörungen erhebliche Differenzen bestehen, die sich auch auf entsprechende Therapiekonzepte auswirken.

In beiden Fällen werden jedoch auch diese Störungen im Sinne der psychoanalytischen Ätiologie auf phasenspezifische Grundkonflikte und die im jeweiligen Entwicklungsabschnitt zur Verfügung stehenden Abwehrmechanismen zurückgeführt. Bei narzißtischen Persönlichkeitsstörungen wechseln oft Größenphantasien mit Minderwertigkeitsgefühlen und einer starken Abhängigkeit von der Bewunderung durch die Mitmenschen. Auf den ersten Blick ist die Symptomatik meist diffus. Anlaß, eine Behandlung aufzusuchen, sind etwa Lernstörungen, perverse Antriebe oder Handlungen. Dahinter kommen dann meist erst im Laufe der Analyse tiefe Störungen im Selbstwertgefühl zum Vorschein.

Kohut (1971) versteht diese Störungen als einen Stillstand oder eine Hemmung einer an sich notwendigen Entwicklung des Narzißmus von archaischen zu reiferen Formen. Das Gewährenlassen infantiler Ausdrucksformen des Größenselbst durch die Eltern, ebenso die Idealisierung der Elternbilder bzw. der Objektrepräsentanzen hält er für die Entwicklung eines normalen Narzißmus für notwendig.

Kernberg (1978) sieht das Hauptproblem der narzißtischen Störungen in einer stark eingeschränkten Liebesfähigkeit. Hier kommt im Unterschied zu *Kohuts* Selbstpsychologie das Objektsbeziehungsmodell in Anwendung. Der narzißtischen Persönlichkeitsstörung geht in der frühen Kindheit eine mangelhafte Integration internalisierter Objektbeziehungen voraus, die für *Kernberg* zugleich wesentliche Organisatoren der menschlichen Triebentwicklung sind. Daraus folgt, daß narzißtische Persönlichkeitsstörungen vor allem als Beziehungsstörungen zu verstehen sind.

Das erste Modell hat existentialistische Züge, das zweite verführt zu vorschnellen Schuldzuschreibungen an „nichtempathische" Mütter.

Eine wichtige Korrektur, die zugleich die Zeitbedingtheit dieser Störungen zu verdeutlichen scheint, versucht Martin *Waugh* (1983). Er fragt sich, ob eine Mutter es heute wohl vermeiden kann, einen Säugling vor jener in ihrer Empathie mitschwingenden Angst zu bewahren, die der täglich mögliche Weltuntergang und der Blick in eine Zukunft ohne Perspektive in ihr bewirken muß. Wird dieses Menschheitstrauma den Säugling nicht ebenfalls traumatisieren, und zwar besonders dann, wenn es der Mutter gelingen sollte, die allgemeine Erhöhung des Grundniveaus der Angst zu verdrängen? Darf das so häufige narzißtische Alles-oder-Nichts-Erleben heute überhaupt noch so monokausal auf frühkindliche Störungen zurückgeführt werden? Ist es nicht durch die äußere reale Alles-oder-Nichts-Situation gerechtfertigt? Kann es nicht sogar sein, daß ein junger Mensch sich aufgrund einer besonders günstigen frühkindlichen Entwicklung jene Sensibilität bewahrt hat, die die Ungeheuerlichkeit des Alles-oder-Nichts-Zustandes der ganzen Menschheit zutiefst wahr-nimmt?

Waughs Bedenken sollten allerdings nicht neuerlich zu einer einseitigen Position verführen. Vielleicht wird man sich aber bald aufgefordert sehen, immer mehr zwischen Störungen zu unterscheiden, die eine gesunde Resonanz auf reale gesellschaftliche und ökologische Bedrohungen sind und solchen, die vorwiegend frühkindliche psychische Bedrohungen wiederholen, wobei es im Konkreten wahrscheinlich um eine ausgewogene, auch mit diesen Kriterien arbeitende Diagnostik gehen wird.

Ähnliches gilt für die sogenannten Borderline-Störungen. So, wenn man einige von *Rohde-Dachsers* (1979) Beschreibungen der blanden Formen des Borderlinesyndroms liest. Sie spricht von diffusen Beschwerden, die „oft wie eine karikaturhafte Übersteigerung der Klagen des modernen Menschen wirken ...; sie betreffen subtile, gleichzeitig quälende Gefühle der ‚Leere', der ‚Sinnlosigkeit', der Orientie-

rungslosigkeit in einer undurchschaubaren und bedrohlichen Welt ..." (1979, S. 56)

Andere typische Symptome, die eine Borderline-Störung anzeigen, wenn zwei oder mehr von ihnen zusammen auftreten, können eine indirekte Beziehung zu universellen gesellschaftlichen und ökologischen Bedrohungen haben. Dazu gehören chronische frei-flottierende Angst, multiple Phobien, Depersonalisationserlebnisse, Formen von sexuellen Perversionen oder gelegentliches Aussetzen der Impulskontrolle, wie etwa bei überfallartigen Anfällen von Freßsucht.

Borderline-Störungen unterscheiden sich nach *Kernberg* von Psychosen vor allem durch die sich immer wieder einstellende Realitätskontrolle. Dagegen trifft man bei ihnen im Unterschied zur narzißtischen Persönlichkeitsstörung auf ein stärker fragmentiertes Selbst. Beide Störungen arbeiten mit Abwehrmechanismen auf niedrigem Niveau, wobei sich Borderline-Störungen vor allem der Spaltung bedienen. *Kernberg* hat eine sehr differenzierte Psychopathologie beider Störungen erarbeitet, die zugleich in Bezug auf den konkreten Fall die differentialdiagnostischen Schwierigkeiten erfahrbar macht, mit denen der Praktiker immer stärker konfrontiert ist, vor allem, wenn man die zeitbedingten exogenen Faktoren mit beleuchtet. Dann geht es „der Psychoanalyse um ein psychodynamisches Verständnis von lebensgeschichtlichen Katastrophen und Unsinnszusammenhängen" (*Mertens*, 1981, S. 143), die immer weniger auf dyadische Katastrophen allein reduziert werden dürfen. Die Orientierung an einer psychiatrischen Nosologie hat daher nur noch einen gewissen kommunikationspragmatischen Sinn (vgl. *Mertens*, 1981, S. 144). Das gilt dann auch für die anderen nosologischen Kategorien, so für die Unterscheidung zwischen Symptom- und Charakterneurosen und die z. T. äußerst differenzierten Beiträge zum psychoanalytischen Verständnis psychosomatischer Störungen, auf die dringend eingegangen werden müßte. Hier kann nur auf die Literatur verwiesen werden. (Vgl. u. a. *Petzold, E./Reindell, A.* 1980)

5.3 Diagnostische Konzepte

Das psychoanalytische Verständnis psychogener Störungen hat spezifische Gewichtungen der diagnostischen Praxis zur Folge, woraus von der üblichen Psychodiagnostik abweichende Konzepte resultieren. Je mehr neurotische Prozesse als gestörte Beziehungsprozesse erkannt wurden, desto einleuchtender schien es, das dialogische Setting der psychodiagnostischen Situation, in der ein Subjekt dem anderen unter

besonderen kommunikativen Umständen begegnet, selbst zum diagnostischen Instrument zu gestalten. „Die dialogische Diagnostik der Psychoanalyse nimmt die *soziale Grundposition* des Menschen ernst" (*Pongratz*, 1983, S. 151). Der auf objektive Daten zielende standardisierte Test hat für die psychoanalytische Methode der Datenerhebung wenig Relevanz. Dennoch geht es natürlich auch dem psychoanalytischen Diagnostiker um die Erhebung von Daten. Nur geschieht das in einem situativen Kontext, der es möglich macht, das in actu sich symbolisch manifestierende Interaktionsmuster des Klienten mit seinen vor allem nonverbalen, beiläufigen Kommentaren diagnostisch zu nutzen. *Argelander* (1970) spricht von szenischen Informationen, durch die man erste, gerade psychoanalytisch bedeutsame Hinweise über Beziehungs- und Übertragungsfähigkeit, über die Flexibilität der Ichzustände des Patienten und seine Introspektionsfähigkeit, über seine Abwehrstruktur u. a. m. gewinnen kann. In dieser diagnostischen „Szene", in der der Klient unbewußt vergangene Szenen wiederholt, geht es dann natürlich auch um „objektive" biographische Daten, wobei allerdings die subjektive emotionale Bewertung dieser Daten durch den Klienten für den Untersucher am bedeutsamsten ist. Im Rahmen der Lebensgeschichte des Klienten interessiert daher vor allem dessen *Erlebens*geschichte.

Schließlich sind auch noch die Daten für eine hypothetische Diagnoseerstellung erheblich, die der Untersucher der Beachtung seiner Gegenübertragung verdankt. Welche Gefühle ruft der Patient in mir hervor? Warum kommt mir jetzt gerade dieser Einfall dazu oder warum möchte ich mit meinen Gedanken am liebsten ganz woanders sein? Eine sensibilisierte Gegenübertragung kann daher auch Hinweise dafür vermitteln, wie weit der Analytiker mit dem Analysanden wird zusammenarbeiten können.

So offen ein Erstinterview auch gehalten werden mag, dem Analytiker muß gerade darum ein möglichst differenziertes diagnostisches Schema in Fleisch und Blut übergegangen sein. Die zwanglose Selbstdarstellung des Patienten muß sich auf einer Matrix abbilden können.

Argelander (1970) regt an, drei Themenkomplexe im Rahmen des Erstinterviews zu beachten, deren ausführliche Untergliederung hier nicht möglich ist:

1. den körperlich-psychischen Allgemeinzustand
2. die mitmenschlichen Beziehungsformen
3. das Verhältnis zur sozialen Umwelt

Dazu ist zu ergänzen, daß psychoanalytische Diagnostik heute eine gründliche Kenntnis der Entwicklungspsychologie voraussetzt, beson-

ders geht es dabei um die neueren Forschungsergebnisse. Wie läßt sich aufgrund etwa der Diagnose Zwangsneurose entnehmen, ob der betreffende Patient regressiv den ödipalen Konflikt abwehrt oder vor allem an Anforderungen der Subphasen im Rahmen der Loslösungs-Individuationsthematik gescheitert ist, oder in welchem Mischungsverhältnis beide Aspekte zueinander stehen?

Inzwischen gibt es standardisierte Schemata, die auf gründlichen vergleichenden Untersuchungen basieren und trotz ihres komplexen Gegenstandes eine beachtliche Reliabilität aufweisen. Das trifft z. B. auf den psychischen und sozialkommunikativen Befund (PSKB) zu, wie ihn *Rudolf* (1981) mit Mitarbeitern entwickelt hat. In dieses Befundschema werden die erhobenen Daten eingeordnet. Es leuchtet ein, daß es dann auch den diagnostischen Prozeß strukturiert, der dem Befund vorausgeht.

Die gewonnenen Daten werden in Beziehung gesetzt zum Verhalten des Patienten. Welche Daten lassen sich z. B. durch „Leerstellen" in der Selbstdarstellung des Patienten erschließen? Was läßt sich über den Grund seiner Motivation sagen? Über seinen Leidensdruck? Ist er ein sogenannter „vorgeschickter" Patient, den Verwandte oder Freunde zur Behandlung drängen? Kommt er mit überspannt hohen Erwartungen? Hat er zumindest Ansätze von Problembewußtsein? Ist er ein psychoanalytisch Belesener, der sich schon längst selbst zu behandeln suchte und durch seine Lektüre meist seine emotionale Erlebensgeschichte abzuwehren vermochte?

Gerade die Beantwortung dieser Fragen läßt oft erste Rückschlüsse über den Grad der Therapierbarkeit zu. Um letztere vorsichtig einzuschätzen, schlägt *Argelander* die Untergliederung des Erstinterviews in zwei Teile vor. Im ersten werden die diagnostischen Eindrücke gesammelt und verarbeitet. Im zweiten wird damit probeweise therapeutisch umgegangen. So werden z. B. Probedeutungen versucht und die Reaktion des Patienten darauf beachtet.

Diese und ähnliche psychoanalytische Methoden und Ziele der Gesprächsdiagnostik führen schließlich zum diagnostischen Befund.

5.4 Ziele und Inhalte der Therapie

Ziel einer Therapie scheint ganz einfach die Gesundung des Kranken zu sein. Ziel der Psychoanalyse wäre demnach die Beseitigung der neurotischen Symptomatik. Diese Feststellung dürfte auch die entscheidende Rechtfertigung für die Kostenübernahme von psychoanalytischen Behandlungen durch die Krankenkasse sein. Von Beginn der

Psychoanalyse an ist diese pragmatische Zielvorstellung allerdings problematisiert worden (vgl. dazu *Nedelmann* 1981 und *Faber* 1981). Das ging natürlich Hand in Hand mit der immer stärkeren Problematisierung des psychopathologischen Krankheitsbegriffs.

„Wo Es war, soll Ich werden" schreibt *Freud* (GW XV, S. 86) und gibt damit ein Ziel vor, das über eine Symptombeseitigung weit hinaus geht. In einer spezifizierten Form gilt das Gleiche für die folgende Feststellung: „Die Analyse soll die für die Ichfunktionen günstigsten psychologischen Bedingungen herstellen; damit wäre ihre Aufgabe erledigt." (*Freud*, GW XVI, S. 96) *Freud* schreibt des weiteren: „Ziel der Psychoanalyse kann daher in den seltensten Fällen die Symptombeseitigung alleine sein, vor allem dann nicht, wenn der zugrundeliegende Konflikt keiner für den Patienten annehmbaren Lösung zugeführt werden konnte." (ebd.) Darum meint er auch, daß „die Wirkung der Analyse ... die krankhaften Reaktionen nicht unmöglich machen, sondern dem Ich des Kranken die *Freiheit* schaffen soll, sich so oder anders zu entscheiden" (*Freud*, GW XIII, S. 280 Anm.).

Daraus aber läßt sich die bekannte Zielvorstellung ableiten, daß die Psychoanalyse eine Änderung der Persönlichkeitsstruktur des Patienten bewirken müsse, die für den Patienten die Bedingungen der Möglichkeit schafft, mit seinen Konflikten in einem erweiterten Freiheitsspielraum besser umgehen zu können. Voraussetzung dafür scheint die Verinnerlichung einer analytischen Funktion zu sein. „Der Therapeut fungiert als Bedingung der Möglichkeit für den Patienten, sich selbst zu verwirklichen, aber er legt ihn nicht fest" (*Nedelmann*, 1981, S. 56). Dieser weite, den Patienten in seiner personalen Ganzheit umgreifende Horizont inhaltlich zunächst undefinierter Ziele, aus dem heraus spezifizierte Ziele, also auch das der Symptombeseitigung, Gestalt gewinnen können, unterscheidet die Psychoanalyse von solchen Behandlungsmethoden, in denen sich Arzt und Patient auf ein bestimmtes Behandlungsziel verpflichten. Die kontinuierlich sich entwickelnde Identifikation mit der analytischen Funktion des Analytikers bewirkt schließlich die Fähigkeit zur Selbstanalyse als einem Ziel der Analyse. Diese ist dann die Fortführung eines nun verinnerlichten Dialogs und erstickt nicht im leeren Selbstbezug, wie ihn schon *Nietzsche* mit dem Epigramm „Selbstdenker, Selbsthenker" kennzeichnet.

Kutter (1977, S. 16) faßt zusammen: „Das am weitesten reichende Ziel des psychoanalytischen Verfahrens ist Sinnfindung oder Wahrheitsfindung, ein Ziel, ... das über die Krankenbehandlung weit hinausweist und eine besondere Motivation beim Analysanden erfordert." *Faber* stellt dazu kritisch fest: „Die Alten sagten: ‚Veritati et

saluti animarum'. — Wenn du der Wahrheit eines Menschen dienen willst, dann vergiß nicht sein wahres Wohl und die Grenzen seiner Belastbarkeit." (1981, S. 75) Für einen Analytiker, der zwischen utopischer Zielvorstellung und den realen Möglichkeiten seines Patienten zu unterscheiden trachtet und sich der Gegenübertragungsproblematik gerade bei Zielvorstellungen bewußt ist, sollte das ein grundlegendes Regulativ seiner Praxis sein.

6. Behandlungsmethodik

6.1 Das spezifische Behandlungskonzept im Vergleich mit anderen Therapieformen

Freud schreibt: „In der analytischen Behandlung geht nichts anderes vor als ein Austausch von Worten zwischen dem Analysierten und dem Arzt. Der Patient spricht, erzählt von vergangenen Erlebnissen und gegenwärtigen Eindrücken, klagt, bekennt seine Wünsche und Gefühlsregungen. Der Arzt hört zu ..." (GW XI, S. 9).

Die Fortführung dieser Sätze werden wir weiter unten wieder aufnehmen. Freud wollte mit ihnen seinerzeit Laien ein erstes Verständnis dessen vermitteln, was in der psychoanalytischen Praxis geschieht.

Jedenfalls wird dem gesprochenen Wort des Patienten in der Psychoanalyse größte Aufmerksamkeit geschenkt. Er spricht von der Vergangenheit, aber auch von Gegenwärtigem und äußert sich über Gefühle, schließlich auch über Wünsche, die nach Erfüllung trachten, also in die Zukunft weisen.

Die Eigenart der psychoanalytischen Dialogstruktur bewirkt im Analysanden oft einen erlebnismäßig neuen Bezug zu den Zeitdimensionen und damit zu seiner geschichtlichen Verfaßtheit.

Der Patient spricht, der Arzt hört zu. Das sind zwei aufeinander bezogene kommunikative Vollzüge. Die geforderte Abstinenz des Analytikers ist daher in erster Linie nicht negativ zu definieren, sie ist methodische Voraussetzung für ein kommunikatives Zuhören, an das allerdings gänzlich andere Anforderungen als in einer normalen Gesprächssituation gestellt werden.

Die spezifisch psychoanalytische Gesprächssituation ist an die psychoanalytische Grundregel gebunden, die für das Sprechen des Einen und das Zuhören des Anderen und für das Beziehungsgeschehen, das sich aus dieser relativ festen Rollenzuschreibung ergibt, die bisher bewährtesten Rahmenbedingungen erstellt. Der nach Möglichkeit entspannt auf einer Couch liegende Analysand wird vom Analytiker, der hinter ihm sitzt, aufgefordert alles zu sagen, was ihm durch den Kopf

geht oder was er empfindet, er möge nicht selektiv auswählen zwischen Inhalten, die er normalerweise als belanglos verwerfen würde und für ihn wesentlichen, auch peinliches oder als lächerlich empfundenes sei nicht auszulassen.

Es ist die bekannte Methode der freien Assoziation, mit deren Hilfe die verdrängten meist frühkindlichen Beziehungskonflikte dem Bewußtsein wieder zugänglich gemacht werden sollen, so wie es schon durch die kathartische Methode erfolgt war, deren Weiterentwicklung zum genuin psychoanalytischen Behandlungskonzept wir bereits dargestellt haben.

Durch die Aufgabe, die freien Einfälle zu verbalisieren, vermag der sonst im Verhältnis zur bewußten Rede „beiläufige" Kontext an Gedankenbruchstücken, bildhaften Vorstellungen und Gefühlen Zugang zum Bewußtsein zu finden. Aus dem gleichen Grunde werden in der Psychoanalyse auch die Träume so stark beachtet. Für *Freud* sind sie die „via regia" zum Unbewußten, zum kreativen Potential des Menschen. Sie sind aber auch der Zugang zu den unbewußten Wurzeln jener Zensur, die den Menschen an der Entfaltung seiner schöpferischen Kräfte hindert. Der sogenannte manifeste Trauminhalt ist für *Freud*, analog zum neurotischen Symptom, ein Kompromiß zwischen triebhaften Wünschen und den vom Über-Ich diktierten Abwehrmanövern. Der Traum trägt darum viel bei zum Verständnis der je konkreten neurotischen Symptomatik. Man kann ihn einen symbolischen Kommentar zu dieser nennen. Die Traumdeutung ist ein wesentliches Instrument psychoanalytischer Praxis. Wir müssen im gegebenen Rahmen verzichten, genauer auf sie einzugehen. Alle Äußerungen eines Patienten müssen für den Analytiker an den roten Faden einer in wichtigen Stücken unbewußten Beziehungsgeschichte ankristallisiert werden.

Wir hatten gesagt, daß die Abstinenz des Analytikers um des Zuhörens willen zu fordern sei. Es geht aber auch darum, daß die Integration der Lebensgeschichte des Patienten während der Dauer der Analyse sich möglichst wenig mit der des Analytikers verquickt, daß ein Lernprozeß möglich wird, durch den der Analysand das Vergangene vom Gegenwärtigen zu unterscheiden versteht.

Psychoanalyse ist ganz wesentlich auch schöpferisches Mitgestalten des Analysanden am Geschichtlichwerden seiner Symptomatik, seiner oft diffusen Ängste und Aggressionen, aber auch seiner häufig davon zugedeckten erotischen Impulse. Es sind gleichsam freie psychische Energien, die sich von ihren beziehungsgeschichtlichen „Orten" losgesagt haben und neue Erfahrungen in die gleiche ahistorische Strukturlosigkeit des Wiederholungszwanges aufzulösen trachten.

Nun überträgt aber der Analysand mit seinen Worten all das, was in ihm vorgeht, an den Analytiker und findet dort einen Menschen, der sich zur Neufassung seiner gestörten Beziehungsgeschichte zur Verfügung stellt. Die Grundregel gibt dabei die Rahmenbedingungen für ein Sprechen, in dem die Worte in einem langandauernden Prozeß die losgelösten psychischen Energien in sich aufnehmen.

„Worte waren ursprünglich Zauber", schreibt *Freud* (GW XI, S. 10), „und das Wort hat noch heute viel von seiner alten Zauberkraft bewahrt." Und so wird in der Übertragung frühkindlicher Erlebensmuster auf den Analytiker oft unterschwellig auch die frühe Zauberkraft der Sprache wieder lebendig, die sich einst an der Grenze zwischen bildlicher und sprachlicher Erfassung und Verinnerlichung vor allem der sozialen Umwelt entzündet. Wenn Freud schreibt: „Worte rufen Affekte hervor und sind das allgemeine Mittel zur Beeinflussung der Menschen untereinander" (GW XI, S. 10), so gilt das gerade auch für die vielen genetischen Schichten, die in einem Wort — meist unbewußt — mitschwingen.

Um eine zutiefst humanistische aber noch kaum erschlossene Dimension des psychoanalytischen Behandlungskonzepts etwas provokant zum Ausdruck zu bringen, darf man es als ein poetologisches umschreiben, wie *Lacan* (1973) es tut, wenn er meint, daß der Analytiker der Rede des Analysanden wie der eines Dichters lauschen müsse.

Dieser noch wenig reflektierte Aspekt des spezifisch psychoanalytischen Behandlungskonzeptes muß gerade darum so betont werden, weil die rational-kognitive Einsichtsarbeit noch sehr verbreitet als *das* Essential des psychoanalytischen Behandlungskonzeptes eingeschätzt wird. Durch dieses unterscheide sie sich von verschiedenen neueren Therapieformen, vor allem von der Gestalttherapie, der Bioenergetik, aber auch von der Analytischen Psychologie C. G. *Jungs*. Es besteht kein Zweifel, daß immer noch viele Analytiker und viele Ausbildungsrichtlinien zu solcher Auffassung berechtigten Anlaß geben.

Daß es in der Analyse vor allem auch um eine dialektische Vermittlung von Primär- und Sekundärprozessen geht, wird in der Zunft allgemein anerkannt, aber die quasi poetische Funktion, die dem Behandlungsmedium Sprache dabei zufällt, kaum. Und so kommt es auch bei Analytikern zu selten zur Ausbildung des von *Lacan* geforderten „poetischen Hörvermögens", ohne das gerade der Aufklärungsanspruch der Psychoanalyse ein verkürzter bleibt: Die Phantasie und die Emotionen des Patienten finden kein angemessenes Gehör und darum auch keine angemessenen Worte, keine die Spuren der eigenen Individuation aufsuchenden Worte. Psychoanalyse wird dann nicht zum Bil-

dungsprozeß der kritischen Funktion der Phantasie im Sinne Herbert *Marcuses*.

Außerdem geht es doch gerade heute darum, den von der gesellschaftlich vergewaltigten Sprache früh abgespalteten Eros wieder mit ihr zu verbinden. Das Wort sollte durch die Analyse gleichsam wieder Fleisch werden, nun nicht im neurotischen Symptom, sondern als lebendiges kommunikatives Medium zarter Berührung, echter Betroffenheit bei gleichzeitig je individuierender Grenzfindung von Mensch zu Mensch. In diesem, die Sprache in einen erweiterten menschlichen Leib mit einbeziehendem Sinne ist Psychoanalyse sogar als eine Art Körperarbeit zu verstehen; ganz abgesehen davon, daß nonverbaler Ausdruck für den Analytiker zum Sprechen des Analysanden dazu gehört.

Es gehört des weiteren grundlegend zum klassischen Behandlungskonzept der Psychoanalyse, daß sich die Neurose des Patienten in eine Übertragungsneurose verwandeln sollte, die schließlich analysiert wird. Die traumatische Entstehungsgeschichte der neurotischen Symptomatik wiederholt sich dann in ihrem Erleben als ein auf den Analytiker projiziertes Geschehen.

Schließlich zielt die Deutungsarbeit des Analytikers darauf ab, daß der Patient die Wiederholung als solche begreift und dadurch als Erinnerung erkennt. Meist bedarf es dazu eines langen Prozesses des Durcharbeitens, wie ihn *Freud* in seiner behandlungstechnischen Schrift „Erinnern, Wiederholen, Durcharbeiten" beschreibt (GW X, S. 126-136).

Auf einige weitere wichtige Grundmomente der psychoanalytischen Technik wird in den weiteren Unterkapiteln eingegangen werden. Im übrigen muß auf größere Arbeiten verwiesen werden, als Hinführung vor allem auf *Greenson* (1973).

Aufgrund der sich wandelnden Formen psychischer Störungen gibt es inzwischen verschiedene Modifikationen der psychoanalytischen Standardtechnik, auf die ebenfalls weiter unten kurz eingegangen werden soll.

6.2 Die therapeutische Beziehung

Im Unterschied zu den meisten anderen therapeutischen Verfahren ist vor allem die Beziehung zwischen Therapeut und Klient Gegenstand der analytischen Arbeit. Es ist eine gemeinsame Forschungsarbeit im Dienste der Therapie oder auch umgekehrt. Was geschieht in dieser Beziehung? Welche gegenseitigen Rollenzuschreibungen lassen sich

bewußtmachen? Welche Anteile der eigenen, meist der frühen Lebensgeschichte spielen in sie hinein? Was macht das Neue, so noch nie Erfahrene der Beziehung aus?

Durch seine stets selbstkritisch zu hinterfragende analytische Kompetenz beginnt der Analytiker die klärende Arbeit bei sich selbst. Er tritt in die therapeutische Beziehung mit seiner Gegenübertragung ein, also mit jenen gefühlsmäßigen Reaktionen, die der Patient bei ihm auslöst. Da steigen womöglich bestimmte Bilder aus der eigenen Vergangenheit in ihm auf, oder es überkommen ihn Unsicherheitsgefühle. Vielleicht fühlt er sich plötzlich besonders stark mit seiner Therapeutenrolle identisch und ertappt sich, wie er das Sicherheit und Macht verleihende Beziehungsgefälle zum abhängigen Patienten genießt. Welche Äußerungen des Patienten machen ihn betroffen, bei welchen für den Patienten selbst womöglich bedeutsamen langweilt er sich ausgerechnet?

Es ist hier nicht möglich, die unterschiedlichen Definitionen der Gegenübertragung aufzuführen (vgl. hierzu u. a. *Mertens* 1981, S. 176-182). Wir müssen auf an sich wichtige Differenzierungen verzichten und uns auf den totalistischen Gesichtspunkt beschränken, wie ihn u. a. *Heimann* (1960) und *Kemper* (1969) vertreten. Sie verstehen alle Gefühle und Einstellungen, die sich beim Analytiker gegenüber dem Analysanden zeigen, als Gegenübertragung. Diese ist auf seiten des Analytikers das wesentliche Instrument der Festigung, der Vertiefung und der Klärung der Beziehung zwischen Therapeut und Klient. Die über den großen Prozeß sich erstreckende Handhabung der Gegenübertragung ist zugleich die ständige Fortführung der Selbstanalyse des Analytikers und eben damit in Bezug auf den Patienten eine Fortbildung zum differenzierteren Umgang mit seiner für das therpeutische Geschehen so notwendigen Empathie.

Mit der Gegenübertragung reagiert der Analytiker auf die Übertragungsangebote des Patienten und seine Deutungen gründen auf ihr. Das psychoanalytische Setting fördert dabei die Regression des Patienten und die Entwicklung der Übertragung unbewußten Materials auf den Analytiker. Die bis auf klärende Interventionen und Deutungen überwiegend abstinente Haltung des Analytikers ergibt sich aus seiner Funktion, Zeuge der Bewußtwerdung des Analysanden zu sein und im Unterschied zur normalen Dialogsituation gerade die Mikrostrukturen in den Äußerungen des Patienten hellhörig beachten und analysieren zu können. Überspitzt formuliert, besteht der analytische Dialog aus der ausführlichen Rede des Analysanden, die erst mit dem Ende der Analyse zum Abschluß kommt. Nach diesem Abschluß erst wäre die

volle, ausführliche Antwort des Analytikers möglich. Während der Analyse sind dessen Interventionen keine direkten Anworten, sondern dienen nur dazu, daß alles beim Patienten jeweils unbewußt Mitgemeinte auch zur Sprache kommt.

Auf der anderen Seite darf nicht unterschlagen werden, daß die analytische Grundregel und die Abstinenz des Analytikers eine ausgesprochen asymmetrische Beziehung zum Ausdruck bringen, die nicht nur die Abhängigkeit des liegenden Säuglings von der Mutter formal wiederholt, sondern auch objektivistische Machtaspekte der herkömmlichen Arzt-Patient-Beziehung. Darüber hinaus aber auch archaische Meister-Schüler-Interaktionsstrukturen, deren Asymetrie und Machtgefälle woanders nicht thematisiert werden. Dagegen wird in der Psychoanalyse die therapeutische Beziehung selbst analysiert. Das führt schließlich zu einem Bewußtwerden des Machtgefälles zwischen Therapeut und Klient, wodurch eigentlich allererst echte Beziehung möglich wird. Diese Klärung geschieht im Rahmen der Übertragungsanalyse und kann auch die komplexen gesellschaftlichen Machtverhältnisse verdeutlichen, die in vermittelter Form in die therapeutische Beziehung hineinwirken.

Solche klärende Differenzierung der therapeutischen Beziehung ist allerdings erst möglich, seit in der Psychoanalyse zwischen realer Beziehung und Übertragungs-Gegenübertragungsbeziehung deutlich unterschieden wird. Eine Unterscheidung, die allein schon aufgrund der immer häufiger anzutreffenden Borderline-Symptomatik notwendig wurde. Diesen Patienten gegenüber muß der Analytiker seine reale Person immer wieder kenntlich machen, um ihnen zum Realitätsbezug zu verhelfen.

Greenson (1973) definierte die relativ übertragungsfreie, reale Beziehung des Analysanden zum Analytiker als Arbeitsbündnis. Es ist das eine Beziehung, welche für ihn zwischen dem vernünftigen Ich des Patienten und dem analysierenden Ich des Analytikers besteht. Später schreibt er: „Ich möchte betonen, daß der verläßliche, widerstandsfähige Kern des Arbeitsbündnisses die ‚reale Beziehung' zwischen Patient und Analytiker ist, d. h. entsprechend meiner Definition: die realistische und echte Beziehung." (*Greenson* 1982, S. 369) Sie ist für ihn Voraussetzung dafür, daß echtes Analysieren überhaupt zustande kommt und nicht ein Artefakt im luftleeren Raum bleibt. Ebenso ist für ihn die Auflösung einer Übertragungsbeziehung vor allem davon abhängig, daß an ihrer Stelle schließlich die reale Beziehung bewußt wird.

Auch *Sandler* et al. (1979) vertreten eine ähnliche Auffassung: „Statt sämtliche Komponenten der Beziehung (die vom Patienten her

kommen) als Übertragung zu betrachten, wäre es nutzbringender, Übertragungselemente von Nicht-Übertragungselementen zu unterscheiden. Man könnte so bei der Bestimmung der therapeutisch bedeutsamen Elemente in den vielfältigsten Situationen mehr Genauigkeit erreichen und die relativen Rollen der vielen Faktoren deutlicher hervorheben, die bei jeder Form von Behandlung in die Interaktion von Patient und Therapeut eingehen." (ebd. S. 44)

6.3 Prozeßvariablen (Übertragung, Widerstand, Abwehrformen)

Auf der Basis einer mehr oder weniger realen Beziehung, die das Arbeitsbündnis zwischen Therapeut und Klient ermöglicht, vollzieht sich in der Analyse ein dialektischer Prozeß von Gegenübertragungs- und Übertragungsphänomenen. Letztere werden schließlich durch die Deutungsarbeit des Analytikers im Zusammengehen mit den sich einstellenden Einsichten des Analysanden immer bewußter, sofern nicht Widerstände hindernd in den Weg treten.

Die Übertragung, vor allem in Formen hartnäckig sich wiederholender infantiler Gefühle und Einstellungen, kann auf den Analytiker oder auf die analytische Situation bezogen sein. Sie kann aber auch in Form von sogenannten Nebenübertragungen auf außenstehende Personen agiert werden. Oft ist das dann eine Abwehr, mit der der Analytiker behutsam umgehen muß. Therapeutisch ist es meist wenig effizient, solche Nebenübertragungen krampfhaft in die analytische Situation kanalisieren zu wollen. Dadurch, daß sie schließlich doch in der Analyse bearbeitet werden, kommt zumindest eine vermittelte Übertragung zustande. Allerdings ist vor allem gegenüber Borderline-Patienten darauf zu achten, daß negative Nebenübertragungen nicht destruktiv ausagiert werden. In solchen Fällen sind sie durch entsprechende Deutungsarbeit auf den Analytiker zu lenken. Auf eine an sich notwendige weitere Differenzierung des Übertragungsbegriffs können wir hier nicht eingehen.

Die wichtige Prozeßvariable Widerstand setzt sich aus Komponenten zusammen, die den Behandlungsprozeß verzögern (was durchaus konstruktiv sein kann) oder ihm entgegenwirken. Es wurde bereits weiter oben angemerkt, daß die neurotische Symptomatik oft bis zum Behandlungsbeginn die für den Patienten beste Form der Konfliktlösung darstellt. Der immer wieder damit verbundene sekundäre Krankheitsgewinn wird solange nur widerstrebend aufgegeben, als durch die Analyse nur neuartige schmerzhafte Erfahrungen bewußt zu werden

drohen, die dann beängstigender wirken als die Qualen, die man immerhin bereits gut kennt. Auch die Übertragung kann zum Widerstand werden, wenn der Patient nicht dazu zu bewegen ist, sie als solche zu erkennen und anzuerkennen. Ebenso kann die Analyse eine so bedürfnisbefriedigende Einrichtung im Leben eines Patienten geworden sein, daß sich allein schon darum ein Widerstand der Heilung entgegenstellt. *Freud* betont schließlich die Schwierigkeit, sogenannte Über-Ich-Widerstände angehen zu können, weil sie einem extremen Schuld- und Strafbedürfnis des Patienten entstammen.

Damit zusammen hängt die sogenannte negative therapeutische Reaktion. Sie tritt z.B. oft gerade dann auf, wenn sich während der Therapie eine Besserung der Symptomatik zeigt. *Horney* (1936) meint, daß sie in einer Art masochistischer Persönlichkeitsstruktur gründe. Wir müssen uns mit diesem Hinweis begnügen. Es sei nur noch angemerkt, daß vor der gründlichen Differenzierung dieses Begriffs, die inzwischen stattfand, (vgl. u.a. *Sandler* et al. 1979, S. 78-86), gelegentlich technische Mängel oder Fehler des Analytikers mittels dieser Etikettierung rationalisiert wurden.

Schließlich gibt es auch Widerstände, die auf der Angst vor einer Änderung und Wandlung beruhen, insofern diese etwa zu Eheschwierigkeiten führen. Die Bedrohung einer Homöostase des sozialen Systems, in dem der Patient lebt, aber auch die Bedrohung seiner eigenen inneren Gleichgewichtsverhältnisse kann schließlich sogar zu einer „Flucht in die Gesundheit" Anlaß geben. Die Symptome sind plötzlich verschwunden, es fragt sich allerdings für wie lange. Jedenfalls ist in solchem Fall die Angst vor der Analyse größer als ein etwaiger sekundärer Krankheitsgewinn durch Aufrechterhaltung der Symptomatik.

Widerstände können die verschiedensten Formen annehmen. Sie bedienen sich der Abwehrmechanismen, die wir im Kapitel über die Entwicklungspsychologie vorgestellt haben. Im analytischen Geschehen werden sie grundsätzlich zuerst bearbeitet. Durch die Ichpsychologie ist ihr konstruktiver Aspekt deutlicher geworden. Im Unterschied zu Verfahren, die lediglich die den Gesundungsprozeß störende Tendenz des Widerstandes berücksichtigen, erkennt die Psychoanalyse den Widerständen eine wichtige Funktion im inter- und intrapsychischen Haushalt zu. Zum flexiblen, sinnvollen Umgang mit ihnen ist allerdings ihr Bewußtwerden erforderlich. Die Arbeit des Analytikers besteht wesentlich in der Bearbeitung und Deutung von Widerstand und Übertragung. Dazu tritt — wie wir im vorhergehenden Unterkapitel festhielten — eine immer differenziertere Klärung sämtlicher Be-

ziehungselemente, auch der realen Beziehung zwischen Analytiker und Analysand.

6.4 Formen des Setting

Durch die Erweiterung des Indikationsbereichs für die psychoanalytische Behandlung haben sich verschiedene Variationen des klassischen Standardsettings entwickelt. Von letzterem sind die wesentlichen Komponenten bereits vorgestellt worden.

Kurz sei auf die folgende Unterscheidung hingewiesen (vgl. *Schröter* 1983):

1. Das äußere Arrangement: Gegen ein vereinbartes Stunden-Honorar stellt der Analytiker dem Patienten an 3-5 Tagen in der Woche eine Stunde von 45-50 Minuten zur Verfügung. Es sei denn, die Krankenkasse übernimmt die Honorierung. Die Dauer der gesamten Behandlung wird vorher nicht festgelegt. Zum Arrangement gehört auch die berühmte Couch, auf der der Patient liegt, während der Analytiker, für den Patienten nicht sichtbar, hinter ihm sitzt.

2. Das Grundregelarrangement: Wir haben darüber schon informiert. *Freud* schreibt dazu: „Wir schließen einen Vertrag miteinander. Das kranke Ich verspricht uns vollste Aufrichtigkeit, d.h. die Verfügung über allen Stoff, den ihm seine Selbstwahrnehmung liefert, wir sichern ihm strengste Diskretion zu und stellen unsere Erfahrung in der Deutung des vom Unbewußten beeinflußten Materials in seinen Dienst" (*Freud*, GW VII, S. 98).

3. Die behandlungstechnischen Regeln: Zusammengenommen konstituieren sie die professionelle Rolle des psychoanalytischen Therapeuten. Gemäß dieser verpflichtet er sich, mit der sogenannten „gleichschwebenden Aufmerksamkeit" dem Patienten zuzuhören, wodurch er sich offen hält für den Kontext des vom Patienten Geäußerten, indem er ohne gerichtete Selektion auf sein Sprechen achtet. Seine Interventionen bestehen im Konfrontieren, Klären und Deuten, womit dem Patienten das Verstehen des aus dem Unbewußten auftauchenden Phantasiematerials erleichtert und die Einsichten in die sich anbietenden Sinnzusammenhänge vertieft werden sollen.

Ideologisch sollte der Analytiker gegenüber dem Patienten insofern eine neutrale Haltung einnehmen, als er dessen Äußerungen und Handlungen nicht moralisch bewertet. Die analytische Situation soll sich dem Ideal eines sanktionsfreien Raumes annähern.

Die Abstinenz des Psychoanalytikers verhindert u.a. zu starke Ersatzbefriedigungen, die im Grunde dann zu neuen Symptomen

anstelle der alten werden. Der Leidensdruck, der durch die Abstinenz zum Teil aufrechterhalten bleibt, motiviert viele Patienten stärker zur Mitarbeit. Dennoch bleibt es eine wichtige Fähigkeit des erfahrenen Analytikers, im je konkreten Fall zu einer ausgewogenen Handhabung von Gewährung und Versagung zu finden. Grundsätzlich bestimmt der Patient das Thema der Stunde. Der Analytiker spricht im klassischen Setting nicht über sich.

Bei der Behandlung von frühen Störungen wird das Setting meist geändert. Der Patient sitzt dann häufig, auch wird die Stundenanzahl in vielen Fällen auf etwa einmal pro Woche reduziert. In die Äußerungen des Patienten wird gegebenenfalls strukturierend eingegriffen. Der Analytiker geht mit der Abstinenz flexibler um, so, wenn es nötig erscheint, daß er deutlich als eigenständige Person und nicht als Übertragungsobjekt für den Patienten erfahrbar werden muß. Auch die Deutungstechnik ist vorsichtiger zu handhaben. Gegenüber Borderlinefällen schreibt *Kernberg* (1979) z.B. vor, daß nur negative Übertragungen auf den Analytiker zu deuten seien, positive um der Festigung der therapeutischen Beziehung willen dagegen nicht.

Eine weitere Modifikation des klassischen Settings ist in der sogenannten Kurz- oder Fokaltherapie gegeben (vgl. u.a. *Klüwer* 1978). Die Stundenzahl wird begrenzt (auf 10 bis 20 Stunden), der Patient sitzt dem Therapeuten gegenüber. Die Deutungssequenz ist im allgemeinen dichter. Voraussetzung dieser Behandlungstechnik ist allerdings eine gründliche Interviewphase, um brauchbares Material für ein vorgreifendes Verständnis in Bezug auf den zentralen Konflikt des Patienten zu gewinnen, der dann zum Fokus der Behandlung wird. Wesentlicher Schritt ist schließlich die Fokusformulierung. Psychoanalytische Kurztherapien werden vor allem auch in Form von fokussierenden Beratungen an öffentlichen psychologischen Beratungsstellen angewandt (vgl. u.a. *Houben* 1975).

Das Setting in der Kinderanalyse ist stark durch das Spielen des Kindes bestimmt, für das ein Spielzimmer vorhanden sein muß. Auch daß je nach Fall öfter oder seltener die Eltern in die Therapie einbezogen werden, erfordert eine angemessene Flexibilität im Setting.

Ähnliches trifft auf die analytische Familientherapie zu, die, was das äußere Arrangement betrifft, an die psychoanalytische Gruppentherapie erinnert. Hier bestehen einleuchtenderweise große Unterschiede zum klassischen Setting der Psychoanalyse, wenngleich die Beachtung von Übertragung und Widerstand stark gewichtet wird.

7. Anwendung

7.1 *Klinische Anwendungsbereiche, Indikation und Kontraindikation*

Freud war noch der Auffassung, daß nur neurotische, also durch das strukturelle Konfliktmodell beschreibbare Störungen psychoanalytischer Behandlung zugänglich sind. Dazu bestand die Auffassung, daß allein Patienten, die mindestens eine Mittelstandsintelligenz haben, für die Psychoanalyse geeignet sind. Das wird man heute nicht mehr behaupten können.

Zu deutlich ist inzwischen der Einfluß der Persönlichkeit des Therapeuten auf solche Beurteilung erkannt worden. Analytiker, die selbst aus der Unterschicht stammen oder etwa durch die Nachkriegswirren lange Zeit in ihr leben mußten und sich mit Menschen aus ihr solidarisierten, können mindestens ebenso gut oder besser mit diesen arbeiten als mit intelligenten, aber rationalisierungsfähigeren Patienten.

Auch für Borderline-Patienten und solche mit narzißtischen Störungen hätte für *Freud* und viele seiner Nachfolger eine psychoanalytische Behandlung noch als kontraindiziert gegolten. Ist doch für diese Patientengruppe die Fähigkeit zur Selbst- und Objektkonstanz oft so mangelhaft entwickelt, daß Übertragungen auf den Analytiker als einer konstanten Person im eigentlichen Sinne gar nicht möglich scheinen. Trotzdem kommt es auch bei ihnen zu übertragungsähnlichen Phänomenen, die *Blanck/Blanck* (1978) als Bedürfniswiederholung und Objektwiederherstellung verstehen und beschreiben. Aufgrund der schon angeführten Modifikation der psychoanalytischen Technik ist daher inzwischen auch eine Behandlung dieser Patienten möglich. Der Indikationsbereich für psychoanalytische Behandlungen wurde also beträchtlich erweitert. So werden auch Psychosen stationär aufgrund von psychoanalytischen Konzepten betreut.

Seit der genaueren Unterscheidung zwischen klassischer Psychoanalyse und psychoanalytischer Psychotherapie geht es daher weniger um die Beantwortung der Frage, ob ein Patient geeignet oder nicht geeignet ist für eine psychoanalytische Behandlung, als vielmehr

1. darum, ob eine leichtere oder eine schwerere Störung vorliegt, und
2. um die Beurteilung der Störung nach strukturellen bzw. objektbeziehungspsychologischen Kriterien.

Eine in diesem Sinne fundierte Orientierung gibt immer noch *Heigl* (1972), wenngleich bei ihm jene differenzierenden Begründungen für eine Indikationsstellung fehlen, die sich aus einer deskriptiven Ent-

wicklungsdiagnose für die Bestimmung ichstruktureller Defizite ergeben (vgl. *Rohde-Dachser*, 1979).

Aus einer gründlichen Diagnostik folgt im konkreten Fall die nicht leicht zu sichernde Indikation für eine bestimmte psychoanalytische Behandlungsform. Da kommen u.a. in Frage eine klassische Einzelanalyse, eine psychoanalytische Psychotherapie, eine Kurztherapie, eine Gruppen- oder Familientherapie, auch eine stationäre Psychotherapie, wie sie immer wieder bei Borderline-Patienten erforderlich werden kann. Für welche Art psychischer Störungen nun eine im weitesten Sinne psychoanalytische Behandlung mit einiger Sicherheit anderen Behandlungsformen vorzuziehen ist, darüber gehen die bisher bestehenden, insgesamt nicht unproblematischen Ergebnisse vieler Untersuchungen stark auseinander (vgl. u.a. *Pongratz* 1973 u. *Grawe* 1978). Eine vernachlässigte Rolle scheint dabei das oft zu wenig reflektierte Menschenbild des Verfahrens oder des Therapeuten zu spielen. Dieses bestimmt ja die Therapieziele mit und somit auch die Indikationsstellung. Bisher ist nun in der Psychoanalyse die Bedeutung der Gegenübertragung stets in besonderem Maße bedacht worden. Das heißt aber, daß letztlich die Persönlichkeitsstruktur und der Grad der Selbsterfahrung des Therapeuten den Indikationsbereich definiert. Vorläufig scheint dieser Faktor noch ein schwer abgrenzbares Kriterium darzustellen, dem die Indikationsstellung für dieses oder jenes therapeutische Verfahren oft nachzuordnen wäre.

7.1.1 In der Therapie von Erwachsenen

Die vorangegangenen Ausführungen beziehen sich vor allem auf die Therapie von Erwachsenen. Eine weitere Differenzierung hätte eine wesentlich ausführlichere Darstellung nötig, als sie hier auch nur in Ansätzen gegeben werden kann.

7.1.2 In der Kindertherapie

Freuds im Jahre 1909 veröffentlichte „Analyse der Phobie eines 5jährigen Knaben" (GW VII, S. 243-377) begründete historisch gesehen die Kinderanalyse. *Freud* selbst sah das Kind nur einmal in seiner Ordination. Die Behandlung wurde über den Vater des Kindes durchgeführt. Auch heute noch wird es in häufigen Fällen angebracht sein, die Behandlung vor allem bei kleinen Kindern über die Eltern zu vollziehen. Auffallend oft erweist es sich sogar als notwendig, mit der Mutter selbst oder mit beiden Elternteilen therapeutisch zu arbeiten, um über die Verbesserung des häuslichen Klimas die Störungen des Kindes zu beeinflussen. Vor allem auch dann, wenn von den Eltern an

das Kind verschiedenste Erwartungen delegiert werden, wie etwa verdrängte Triebwünsche oder Selbstverwirklichungsbestrebungen. In vielen Fällen wird man daher eine Familientherapie als indiziert ansehen oder abwechselnd einzeln oder mit der Familie arbeiten. Dennoch bleibt bei vielen Kindern die Einzeltherapie indiziert, wobei die ausgewogene Betrachtung vieler Faktoren zu fordern ist, worauf hier nicht eingegangen werden kann.

Die Kinderpsychoanalyse hat durch *Anna Freud*, Melanie *Klein*, D. W. *Winnicott* u.a. eine differenzierte Entwicklung genommen. Selbst einführende Handbücher wie das von *Pearson* (1972) lassen die subtilen Untersuchungen deutlich werden, die der Indikationsstellung vorausgehen. Diese erweisen sich vor allem auch für die Analyse an vorpubertären Kindern oder Jugendlichen als äußerst wichtig.

7.1.3 In der Familientherapie

Einen ersten über psychoanalytische Spezialisten hinauswirkenden Impuls zur Einbeziehung der Familientherapie ins psychoanalytische Behandlungskonzept hat im deutschen Sprachraum H. E. *Richter* (1963) gegeben. Ihre wachsende Bedeutung verdankt die Familientherapie nicht zuletzt der Krise der modernen Kleinfamilie, wodurch die für das Heranwachsen des Kindes erkanntermaßen wichtigste Sozialisationsinstanz zu zerfallen droht.

Es geht daher mit dem gesellschaftlichen Rettungsanspruch an die Familientherapie psychoanalytisch gesehen weniger um die krampfhafte Aufrechterhaltung von ehelichen Beziehungen, die unter dem oft überfordernden Anspruch nach Partnerschaft bei gleichzeitiger Selbstverwirklichung stehen, sondern um die gegebenenfalls aus dieser Partnerschaft hervorgehende und in ihr mitlebende neue Generation. Ehen sollten nur getrennt werden, wenn den Partnern die Konsequenzen im Hinblick auf ihre Kinder voll bewußt sind und eine solchermaßen geklärte Güterabwägung zu einem reifen Entschluß der Trennung führt. Hier liegt keineswegs der einzige, aber sicher der wichtigste Grund für die immer noch zunehmende Bedeutung psychoanalytisch orientierter Familientherapie.

Allerdings wird dabei auch von Psychoanalytikern (vgl. *Stierlin* u.a. 1980) dem stärker individuumzentrierten Konzept der Psychoanalyse ein familiendynamisches entgegengestellt, das sich schließlich zu einem systemtheoretischen entwickelt hat. Psychoanalytisch gesehen scheint es aber wichtig zu bedenken, daß jede einseitig, systemische Betrachtung der Familie den emanzipatorischen Anspruch des einzelnen Familienmitglieds zu nivellieren droht (vgl. *Bauriedel* 1980).

Hier werden Psychoanalytiker im Unterschied zu nicht-analytisch ausgebildeten Systemtherapeuten sich für Korrekturen verantwortlich wissen.

Die Indikation für die Familientherapie (vgl. *Gödde* 1983) ergibt sich vor allem aus gestörten Familien, erfolgt daher meist in Erziehungs- und Eheberatungsstellen. Aber auch in der Kinder- und Jugendpsychiatrie erweist sie sich oft als Methode der Wahl. Selbst wenn zunächst eine Einzeltherapie indiziert scheint, kann sich herausstellen, daß die Abhängigkeit des Analysanden von seinen Eltern so groß ist, daß er ohne Entwicklung destruktiver Schuldgefühle keine Vertrauensbeziehung zum Therapeuten zulassen kann.

7.1.4 In der Gerontotherapie

Da viele Menschen, die über das Pensionsalter hinaus sind, an psychischen Störungen leiden, berührt es auf den ersten Blick merkwürdig, daß erst in den letzten Jahren von seiten der Psychoanalyse genauerere Überlegungen zur psychotherapeutischen Hilfe für alte Menschen angestellt werden (vgl. u.a. *Radebold* 1979).

Das hängt sicher damit zusammen, daß die Psychoanalyse, ihrem klassischen Behandlungskonzept zufolge, die Bedeutung der Vergangenheit stärker als die der Gegenwart und der Zukunft gewichtet. Eine Therapie oder therapeutische Interventionen scheinen aber bei alten Menschen vor allem dann sinnvoll zu sein, wenn von der Gegenwart ausgegangen wird und nötigenfalls bei der Bearbeitung der unmittelbar aus der Zukunft drohenden Grenzsituation Tod Beistand geleistet wird.

In vielen Fällen geht es darum, die radikale Änderung der Lebensumstände meistern zu helfen, die sich mit der Pensionierung einstellt und von Gefühlen der Nutzlosigkeit begleitet ist. Auch Trennungserlebnisse durch nahe, gleichaltrige Freunde, die sterben, traumatisieren oft nachhaltiger als in jüngeren Jahren.

Bei geistig flexiblen Menschen fällt allerdings auf, daß die Aufforderung zum Niederschreiben von Erinnerungen oder Einfällen zu gegenwärtigen Ereignissen oft als sinngebend aufgegriffen wird. Ich habe solche Anregungen in verschiedenen Fällen gegeben. Das Material zeigt, daß dabei gelegentlich Aufzeichnungen zustandekommen, in denen sich in so hohem Alter noch (in einem Fall handelt es sich um eine 87jährige) ausgesprochen psychoanalytische Prozesse dokumentieren, daß im Zuge des Schreibens lange verdrängte Kindheitserinnerungen auftauchen und eine Haltung gefördert wird, die den alten Menschen zu einem in Ruhe abschließenden Rückblick ermutigt.

7.2 *Nicht-klinische Anwendungsbereiche*

Die therapeutische Praxis ist inzwischen nur mehr ein Teilbereich, für den die Psychoanalyse genutzt wird, wenngleich es der Bereich ist, aus dem die wesentlichen Erkenntnisse gewonnen werden, die andere Wissenschaften vom Menschen und menschlicher Kultur aufgreifen, so z.B. die Soziologie und Sozialphilosophie (u.a. *Adorno* 1972, *Habermas* 1983), die Ethnologie (vgl. u.a. *Devereux* 1967, *Parin* et al. 1971, *Erdheim* 1982), die Literaturwissenschaft (u.a. *Matt* 1972), die Theologie (u.a. *Scharfenberg* 1971). Unter den nicht-klinischen Anwendungsbereichen sind allerdings solche, die der Prävention psychischer oder sozialer Leiden gelten, die lebenspraktisch relevantesten.

7.2.1 Prävention

Die Prävention ist ein wichtiges Desiderat psychoanalytischer Praxis geworden (vgl. u.a. im deutschen Sprachraum *Meng* 1939, *Strotzka* 1972, *Richter* 1976). — Wegen des komplexen und vielschichtigen Gegenstandes der gegenwärtigen Präventionsforschung (vgl. *Seubert* 1978) verzichten wir hier auf die von *Caplan* (1964) getroffene Unterscheidung zwischen primärer, sekundärer und tertiärer Prävention.

Prävention als praktische Tätigkeit verstehen wir mit *Seubert* (1978, S. 3172) als „Konsequenz der Erwartung, daß die Veränderung einer oder mehrerer Dimensionen eines Bedingungsgefüges, das an der Genese psychischer Störungen beteiligt ist bzw. ihr entgegenwirkt, deren Auftretenswahrscheinlichkeit innerhalb einer Population reduzieren kann."

Im Rahmen dieses weiten Verständnisses kann die Psychoanalyse vielfache Arbeit leisten und hat es schon getan. So zunächst durch Publikation zahlreicher mehr oder weniger populärwissenschaftlicher Schriften, etwa zu pädagogischen oder Strafvollzugsproblemen, die allerdings manchmal eher Verwirrung stifteten, als daß sie tatsächlich nützlich waren. Gerade für Psychoanalytiker, die auf die Verflochtenheit von Theorie und Praxis in ihrer Disziplin pochen, sollte die Ineffizienz einseitig theoretisierender öffentlicher Aufklärungsarbeit deutlich sein.

Dennoch ist verbreitete Aufklärung über solche psychoanalytischen Erkenntnisse nötig, die begründete Anregungen zu präventiven Maßnahmen geben können. Zusätzlich zur theoretischen Vermittlung wäre jedenfalls eine weitaus stärkere Verbreitung der Arbeit von Balint-Gruppen wünschenswert. Durch sie kann das psychoanalytische Wissen in seiner Praxisrelevanz für Alltags- und Berufsprobleme und

damit auch für gesellschaftliche erfahrbar werden und schließlich präventiv weiterwirken. Möglichst dechiffrierte psychoanalytische Erkenntnisse können solche genuine Aufklärungsarbeit vorbereiten. *Richter* (1976, S. 27) schreibt dazu: „Es ist erforderlich, bereits in Oberschulen und Berufsschulen gezielt über Familiendynamik, über die Entstehung und mögliche Bewältigung von Partnerkonflikten und Erziehungsschwierigkeiten zu informieren." Die Lehrpläne nehmen auf solche für die Lebenspraxis relevanten Themenkreise viel zu wenig Rücksicht. Aus psychoanalytischer Sicht ergibt sich auch die Notwendigkeit von Selbsterfahrung für Pädagogen, wie sie schon in den Anfängen der Reformpädagogik gefordert wurde. Das gilt für Lehrer, aber ebenso für Kindergärtnerinnen und Heimerzieher, vor allem natürlich für Eltern.

Das Gleiche betrifft die präventive Arbeit im Strafvollzug (vgl. *Eschweiler* 1979). Für *Richter* (1976) obliegt der Psychoanalyse auch die Aufgabe, solche Strategien zu entwickeln, durch die große Gruppen so angesprochen werden können, daß sie sich ihrer Selbsthilfekapazität bewußt werden und Selbsthilfekräfte entwickeln können. Die verbreitete psychoanalytisch orientierte Supervisionsarbeit für Sozialarbeiter, Erziehungs-, Eltern- und Eheberater sowie für Bewährungshelfer übt in diesem Sinne eine immer größere multiplikatorische Wirkung aus. Das betrifft z.B. die Suizidprophylaxe und Kriseninterventionen. Psychoanalytische Beiträge zur Prävention psychischer Störungen beziehen sich aber auch auf so wichtige Gegenstände wie die Stadtplanung (vgl. u.a. *Mitscherlich* 1965), die Gestaltung des Arbeitsplatzes, vor allem aber die Freizeitgestaltung, die u.a. eine Fähigkeit zur Muße voraussetzt, wie sie zur Befreiung der schöpferischen Kräfte im klassischen analytischen Setting eingeübt wird.

7.2.2 In der Soziotherapie

Mit der oft undifferenzierten Forderung, daß einzig und alleine die Gesellschaftsstrukturen geändert werden müssen, um psychische Leiden zu beseitigen, haben sich viele Psychoanalytiker gründlich auseinandergesetzt. Die gesellschaftlichen Verhältnisse spiegeln sich ganz einfach in psychoanalytischen Prozessen. Je nachdem, ob und wie sie in der Analyse bearbeitet werden, bewirkt das eine Freilegung kritischen Potentials, mit der der Analysand direkt oder indirekt Einfluß auf eine Veränderung der Gesellschaft nehmen, also soziotherapeutisch wirksam werden kann. In der analytischen Arbeit wird aber auch deutlich, aus einem wie stark überdeterminierten Bedingungsgefüge psychisches Leiden hervorgeht, so daß der Psychoanalytiker in bezug auf gesell-

schaftsverändernde Radikalkuren nach dem Alles-oder-Nichts-Prinzip keinen illusionären Hoffnungen verfällt.

Gerade darum interessiert aber die soziotherapeutische Arbeit von Analytikern vor Ort. Exemplarisch dafür ist H. E. *Richter*. Das betrifft vor allem seine Bemühungen mit einer Initiativgruppe in der Eulenkopf-Siedlung vor Gießen (vgl. *Richter* 1974). Hier in der Arbeit mit Randgruppen der Gesellschaft wird der Unterschied zwischen ideologischer Begeisterung für gesellschaftsverändernde Programme und ihrer Umsetzung in punktuelle Arbeit an bestehenden Mißständen deutlich. Eine Arbeit, während der theoretisch vorgefaßte Fernziele sich allererst am Widerstand konkreter Menschen in konkreten Situationen bewähren müssen und womöglich durch deren — wenn auch noch so verschüttete — eigene Wünsche korrigiert werden. Wie *Richter* zeigt, bewährt sich gerade da das psychoanalytische Introspektionskonzept. Das betrifft vor allem eine solche Initiativgruppe selbst, so u.a. im Hinblick auf die kritische Reflektion eigener Projektionen und ideologisch rationalisierter, also abgewehrter Ängste.

Inzwischen gibt es viele politisch orientierte und soziotherapeutisch wirksame Basisinitiativen, die entweder psychoanalytisch supervidiert werden oder an denen sich Psychoanalytiker entscheidend beteiligen. Außer Bürgerinitiativen wie der Friedensbewegung sei hier auf die von M. L. *Moeller* initiierten Selbsthilfegruppen hingewiesen oder auf die Resozialisierungsarbeit von *Reinke* (1977) mit Strafgefangenen. Auch viele sozialpsychiatrische Initiativen, die von Psychoanalytikern getragen sind, zielen auf soziotherapeutische Innovationen ab (u.a. *Strotzka* 1972).

7.2.3 Pädagogik/Agogik

Freud selbst verstand Psychoanalyse nicht nur als Therapie, sondern begriff sie auch als Nacherziehung (*Freud* 1950, S. 100). Die pädagogischen Maßnahmen bestehen vor allem darin, Erziehungsfehler in der Kindheit eines Menschen und die aus ihnen entstandenen Störungen im „Lebenlernen" gleichsam durch psychoanalytische Nachhilfestunden zu korrigieren.

Es ist überhaupt die Frage, ob man das psychoanalytische Verfahren in vielen Fällen nicht eher als Bildungs- denn als therapeutischen Prozeß bezeichnen sollte. In der Psychoanalyse vollzieht sich jedenfalls ein wesentliches Stück jener Art von Persönlichkeitsbildung, die als ein immer notwendigeres Korrektiv zu den staatlich institutionalisierten Bildungsprozessen verstanden werden muß.

Es ist hier nicht der Platz, den impliziten Bildungsbegriff der Psychoanalyse zu entfalten. Daß es sehr nahe Entsprechungen zu wichtigen Aspekten des reformpädagogischen Bildungsverständnisses schon um die Jahrhundertwende gab, zeigt sich in pädagogischen Bestrebungen eines *Bernfeld* (1921) und der von ihm in Zusammenarbeit mit anderen Analytikern, z.B. *Anna Freud* und *Aichhorn* (1971), entwickelten psychoanalytischen Pädagogik. Von 1926 bis 1937 wurde die „Zeitschrift für psychoanalytische Pädagogik" herausgegeben. Aus ihren Beiträgen spricht ein starkes Engagement, das vor allem von der Idee einer systematischen Prävention psychischer Schäden geleitet ist. Die Ausreifung dieser vielversprechenden Ansätze einer psychoanalytischen Pädagogik wurde durch den aufkommenden Nationalsozialismus unterbrochen. Aber schon damals traten Mißerfolge auf, was die nötige Zusammenarbeit mit den Pädagogen betraf. Es war wahrscheinlich ein notwendiges Scheitern im Bemühen, das noch viel zu wenig reflektierte psychoanalytische Bildungsverständnis mit den institutionalisierten Bildungsprozessen ins Einvernehmen zu bringen. Ein Beispiel dafür gibt *Sterba* (1932) mit seinem Versuch „Zur Theorie der Erziehungsmittel". Es ist einer der wesentlichen Theoriebeiträge aus jener Zeit, der aber in einem mit der Psychoanalyse unvereinbaren Kompromiß endet. Erwünschtes Lernverhalten soll dann mit Liebesprämien und Liebesentzug erreicht werden, was verhaltenstherapeutisch inzwischen überzeugender geleistet werden kann. Da geht dann jene konstruktive Widerstandsanalyse verloren, wie sie schon in der Reformpädagogik Berthold *Ottos* (1912) mit anderen Formulierungen vom Lehrer verlangt wird, wenn ein Kind sich Lernanforderungen verweigert.

Zweifellos ist es auch bei den noch bestehenden gesellschaftlichen Bildungsinstitutionen sinnvoll, wenn Pädagogen eine analytische Selbsterfahrung haben. Sie können dann vor allem mit ihrer Gegenübertragung besser umgehen, ebenso werden ihnen Übertragungsphänomene bei den Schülern transparenter. Dafür werden heute mancherorts praxisbegleitende Balint-Gruppen angeboten. Grundsätzlich ist allerdings eine analytisch orientierte Schulpädagogik bei den derzeit bestehenden staatlichen Bildungsnormen und -praktiken nicht möglich. Das dürfte auch der noch zu wenig reflektierte Grund dafür sein, daß die psychoanalytische Pädagogik in der Nachkriegszeit keine neue Blütezeit erlebte, sondern praktisch nicht existiert, zumindest was ihren Einfluß auf das Schulwesen betrifft.

Etwas ganz anderes sind ihre Wirkungsmöglichkeiten in der Erwachsenenbildung und die einer indirekten Einflußnahme auf pädagogische Prozesse über die Eltern und Erzieher. Auf alle Fälle scheint es wichtig,

daß die pädagogisch interessierten Analytiker gerade in unserer, sich in einem radikalen Wandel befindenden Zeit Phantasien über Bildungsmodelle anstellen, die diesem Wandel gerecht werden, dem sich schließlich auch die derzeit bestehenden Bildungsinstitutionen werden beugen müssen.

8. Evaluation und Forschung

„Zur Bestätigung der Ansicht, die psychoanalytische Behandlung sei effektiv, liegen immer noch keine annehmbaren Nachweise vor", schreibt *Rachmann* (1974). Diese Behauptung ist nicht mehr und nicht weniger wert als zahlreiche nicht überprüfbare Erfolgsmeldungen aus den früheren Reihen der Psychoanalytiker.

Inzwischen gibt es viele Forschungen über die Ergebnisse der psychoanalytischen Therapie, die allerdings vor allem die Schwierigkeiten bewußt machen, die quantitativen Untersuchungen durch die Komplexität ihres Gegenstandes bereitet werden. Das betrifft vor allem die Schwierigkeit einer als objektiven Norm festgelegten Definition des Therapieziels, dessen Erreichen dann mit objektiven Meßmethoden festgestellt werden kann.

Wenn man mit *Freud* die Arbeits- und Liebesfähigkeit als Therapieziel begreift, so bestimmt in erster Linie der Patient selbst, was darunter zu verstehen ist. An seinem subjektiv definierten Verständnis eines Behandlungserfolges kann schließlich auch nur ein objektiv konstatierter Erfolg gemessen werden. Dazu kommt, daß das Therapieziel sich für ihn im Laufe seiner Behandlung ändern kann. Neben vielen weiteren Problemen ist auch das der Kontrollgruppen anzuführen. Patienten, die auf Wartelisten gesetzt werden, werden von Erwartungsvorstellungen geprägt, die sie eigentlich für Kontrollgruppen unbrauchbar werden lassen (vgl. dazu *Goldstein* 1962).

Diese Probleme sind bewußtzuhalten. Dennoch ist die Forschung voranzutreiben. Daß das geschieht, bestätigt das Anwachsen gründlicher und problembewußter Untersuchungen. Auch die kontrollierte Forschung wird von immer mehr Analytikern bejaht (vgl. *Hämmerle-Balzert* 1978, S. 1903).

Wenn man vom objektivierbaren Erfolg, nämlich einer Symptomheilung, ausgeht, so scheint der Trend der Untersuchungsergebnisse dahin zu gehen, daß die Besserungsquote in der Psychoanalyse annähernd die gleiche ist wie in anderen psychotherapeutischen Verfahren (vgl. *Kächele* 1975). Dabei ist allerdings zu berücksichtigen, daß durch die Verschiebung des Therapieziels eines Patienten im Laufe seiner Ana-

lyse für ihn die Symptombeseitigung schließlich von zweit- oder drittrangiger Bedeutung sein kann.

Die Forschungsvorhaben der Psychoanalyse beschränken sich natürlich nicht auf die Effizienzkontrolle. Es gibt viele, die auf theoretische Probleme gerichtet sind, andere, die historischen Fragen nachgehen oder ins Gespräch mit Nachbardisziplinen finden wollen, schließlich die zahlreichen Erfahrungsberichte aus der Praxis, die zur Bestätigung oder Kritik bestimmter Theoriestücke beitragen. Es ist hier nicht möglich, über diese Hinweise hinaus das große Spektrum psychoanalytischer Forschungsarbeit vorzustellen.

9. Fallbeispiel(e)

Im zur Verfügung stehenden Rahmen ist es nicht möglich, einen psychoanalytisch geführten Fall so darzustellen, daß damit das spezifische dieses Verfahrens anschaulich würde. Es könnte nur eine äußerst verzerrte Information zustande kommen. Daher muß auf vorhandene Fallgeschichten hingewiesen werden. Beispielhaft bleiben weiterhin die von *Freud*.

Gegenwärtig vermitteln die in den *Materialien zur Psychoanalyse und analytisch orientierten Psychotherapie* erscheinenden Beispiele im deutschen Sprachraum informative Einblicke in Teilaspekte psychoanalytischer Prozesse.

10. Kritische Reflexion des Verfahrens

Die Entwicklung der Psychoanalyse durch Sigmund *Freud* war grundlegend für ein unserer Zeit entsprechendes Psychotherapieverständnis. Darum sind auch die meisten neueren psychotherapeutischen Verfahren entweder spezifische Formen der Ausdifferenzierung von impliziten Komponenten psychoanalytischer Theoriekonstruktion und Praxis oder Korrekturen von rigiden Dogmatismen.

Die Psychoanalyse sollte sich — und es geschieht das ja auch schon — durch die in diesem Band zusammengefaßten Therapieformen herausgefordert wissen.

Allerdings vollziehen sich nach mancherlei Erstarrung in der Orthodoxie inzwischen in ihr selbst Wandlungen. Heftige Theoriediskussionen finden statt, bedeutsame Modifikationen der Behandlungstechnik haben sich durchgesetzt. Der Psychoanalytiker als je besondere Persönlichkeit wird als das wesentliche Agens therapeutischer Einflußnahme erkannt, und damit die menschliche Beziehung als die Bedingung der Möglichkeit einer zielführenden Übertragungsanalyse. Die

von Beginn an im psychoanayltischen Verfahren gegebene Humanisierung der Arzt-Patient-Beziehung wird — begleitet von gründlichen theoretischen Reflektionen gegenüber orthodoxen Positionen — vorangetrieben. Eine zutiefst humanistische Dimension psychoanalytischer Praxis gewinnt deutlicheres Profil und gerade dadurch überzeugendere Argumente für die gesellschaftskritischen Positionen der Psychoanalyse. Im Zusammenhang damit steht die immer noch nicht abgeschlossene Diskussion über ihr wissenschaftliches Selbstverständnis.

Trotz größerer Flexibilität und Bereitschaft zur Offenheit gegenüber neuen Erkenntnissen erweist sich allerdings auch ein hartnäckiges Beharren auf bestimmten orthodoxen Grundpositionen als notwendig. Die Psychoanalyse hat die Aufgabe, die kritische Funktion ihrer Tradition gegenüber dem Neuen ernstzunehmen. Das ist eine Art Eckstein, den die Bauleute jüngerer Verfahren oft zu schnell verwerfen, um seine fundamentale Bedeutung — manchmal allerdings zu spät — dann doch zu begreifen.

Gerade die Exzesse des Psychobooms lassen den therapeutischen Wert eines auf kontinuierliches Wachstum angelegten Verfahrens erkennen, in dem die Sensibilität des Therapeuten für das timing so wichtig ist. Schon *Paracelsus* warnte den Arzt vor der Überschätzung seiner manipulativen Möglichkeiten, „denn es ist ein Herr über ihm, ist die Zeit, die mit dem Arzt spielt wie eine Katz mit den Mäusen." Auch die psychoanalytische Neurosenlehre gründet als Entwicklungspsychologie psychischer Störungen auf dieser Achtung vor der zeitlichen Verfaßtheit des Menschen. Die Synchronizität des Unbewußten und damit die Triebstruktur muß geschichtlich werden. Auch sie ist ein Eckstein, der nur zu leicht revisionistisch beiseite geschoben wird.

Riskiert man eine utopische Zielvorstellung, so dürfte Psychoanalyse vielleicht einmal dazu beitragen, daß Eros und Thanatos schließlich doch in die gelingende Gestaltung vielfältiger menschlicher Gemeinschaften dialektisch vermittelt werden. Das wären dann Kunstwerke, denen gegenüber allerdings alle bisherige Kunst mehr oder weniger nur ein Probehandeln darstellte. Für *Freud* und viele Psychoanalytiker sind freilich solche eschatologischen Visionen nichts als halluzinierte Wunscherfüllungen. Diese sollten aber dennoch von humanistisch orientierten Psychoanalytikern gewagt werden angesichts heute offenbar werdender menschlicher Möglichkeiten, die entweder zum endgültigen Ende führen werden oder aber den Beginn einer gänzlich neuen Kultur bedeuten. Jeder konkrete psychoanalytische Prozeß

muß letztlich von einer ähnlichen Hoffnung begleitet sein; andernfalls unterwirft sich der Analytiker gerade heute notwendig einem therapeutischen Nihilismus.

11. Zusammenfassung

Die Darstellung des psychoanalytischen Verfahrens hat unter dem Gesamtthema dieses Buches im starken Maße eine historische Funktion. Wichtige Wurzeln der Humanistischen Psychologie leiten zur Geschichte der Psychoanalyse zurück.

Darum wurde dem geschichtlichen Teil bei aller gebotenen Kürze ebenso viel Raum gegeben wie den Kapiteln über das Menschenbild und die Persönlichkeitstheorie. Diese Kapitel verdeutlichen die Distanz und die immer stärker werdende Beziehung zwischen psychoanalytischen Kennzeichnungen des Humanum und den anthropologischen Anliegen der Humanistischen Psychologie.

Unser Konzept hat allerdings den Nachteil, daß aus Raumgründen auf eine Vermittlung der so wesentlichen psychoanalytischen Traumlehre verzichtet werden mußte. Auch die Neurosenlehre kam zu kurz. Ebenso die Behandlungsmethodik und viele Anwendungsgebiete psychoanalytischer Theorie und Praxis. Grob vernachlässigt wurde schließlich die psychoanalytische Gruppenpsychotherapie.

Literatur

Abeln, R., Unbewußtes und Unterbewußtes bei C. G. Carus und Aristoteles, Meisenheim a. Glan 1970.

Adorno, Th. W., Gesammelte Schriften VIII, IX, Frankfurt a. M. 1972.

Aichhorn, A., Verwahrloste Jugend, Bern 1971.

Argelander, H., Das Erstinterview in der Psychotherapie, Darmstadt 1970.

Bach, H., Heine, M., Pseudonormalität und „Normalpathologie", in: *Bach, H.* (Hrsg.), Der Krankheitsbegriff in der Psychoanalyse, Göttingen 1981.

Balint, M., Primary Love and Psychoanalytic Technique, London 1952.

Bauriedl, T., Beziehungsanalyse — Das dialektisch-emanzipatorische Prinzip der Psychoanalyse und seine Konsequenzen für die psychoanalytische Familientherapie, Frankfurt 1980.

—, Zwischen Anpassung und Konflikt, Göttingen 1982.

Bernfeld, S., Kinderheim Baumgarten, Berlin 1921.

—, Freud's Earliest Theories and the School of Helmholtz, in: *The Psa. Quarterly* 13, 1944, S. 341-362.

Binswanger, L., Der Mensch in der Psychiatrie, Pfullingen 1957.

—, Ausgewählte Vorträge und Aufsätze I, Bern 1961.

Blanck, G./Blanck, R., Ego Psychology: Theory and Practice, New York 1974; dt.: Angewandte Ich-Psychologie, Stuttgart 1978.

Blum, E., Anthropologie und Psychoanalyse, in: Jahrbuch f. Psychologie und Psychotherapie 15, 1967, S. 225-235.

Böckmann, J., Aufgaben und Methoden der Moralpsychologie, Köln 1964.
Breuer, J./Freud, S., Studien über Hysterie, Frankfurt a. M./Hamburg 1970.
Caplan, G., Principles of Preventive Psychiatry, New York 1964.
Caruso, I. A., Psychoanalyse und Synthese der Existenz, Wien 1952.
—, Soziale Aspekte der Psychoanalyse, Hamburg 1972.
Cremerius, J. (Hrsg.), Psychoanalyse und Erziehungspraxis, Frankfurt a. M. 1971.
—, *Hoffmann, S. O., Trimborn, W.*, Psychoanalyse, Über-Ich und soziale Schicht, München 1979.
Dahmer, H., Psychoanalyse als Gesellschaftstheorie, in: *Psyche* 29, 1975, S. 991-1010.
Devereux, G., Angst und Methode in den Verhaltenswissenschaften, München 1967.
Dorer, M., Historische Grundlagen der Psychoanalyse, Leipzig 1932.
Drewermann, E., Strukturen des Bösen I. Die jahwistische Urgeschichte in psychoanalytischer Sicht, München/Paderborn/Wien 1977.
Drews, S., Zwiebel, R., Entscheidungen und ihre Psychodynamik in der „Lebensmitte", in: *Drews, S.* u.a. (Hrsg.), Provokation und Toleranz. Festschrift f. Alexander Mitscherlich z. 70. Geburtstag, Frankfurt a. M. 1978, S. 278-294.
Ellenberger, H. F., Die Entdeckung des Unbewußten I und II, Bern/Stuttgart/Wien 1973.
Erdheim, M., Die gesellschaftliche Produktion von Unbewußtheit, Frankfurt a. M. 1982.
Erikson, E. H., Identität und Lebenszyklus, Frankfurt a. M. 1974.
Faber, F. R., Das utopische Element im Gesundheitsbegriff der Psychoanalyse und die Notwendigkeit, das Behandlungsziel am Krankheitsbegriff zu orientieren, in: *Bach, H.* (Hrsg.), Der Krankheitsbegriff in der Psychoanalyse, Göttingen 1981.
Fairbairn, W. R. D., Psychoanalytic Studies of the Personality, London 1952.
Fenichel, O., Psychoanalytische Neurosenlehre I-III. Olten/Freiburg 1974.
Ferenczi, S., Die Entwicklungsstufen des Wirklichkeitssinnes, in: *Int. Z. Psychoanal.* 1, 1913, S. 62ff.
Fetscher, R., Selbst und Identität, in: *Psyche* 37, 1983, S. 385-411.
Fisher, S., Greenberg, R. P., The Scientific Credibility of Freud's Theories and Therapy, New York 1977.
Freinet, C., Pädagogische Texte, Hamburg 1980.
Freud, A., Normality and Pathology in Childhood. Assessments of Development, New York 1965; dt.: Wege und Irrwege in der Kinderentwicklung, Stuttgart 1968.
—, Das Ich und die Abwehrmechanismen, München 1975.
Freud, S., Gesammelte Werke I-XVII.
—, Aus den Anfängen der Psychoanalyse, Briefe an W. Fließ, Abhandlungen und Notizen aus den Jahren 1887-1902, London 1950.
Friedmann, L., The Humanistic Trend in Recent Psychoanalytic Theory, in: *Psychoanalytic Quarterly* 51, 1982, S. 353-371.
Fromm, E., Sigmund Freuds Sendung, Berlin 1961.
Fuchs, E., Geistige Strömungen in Österreich 1867-1918, Wien 1949.
Gedo, J. E., Goldberg, A., Models of the mind, Chicago/London 1973.
Gödde, G., Familientherapie, in: *Mertens, W.* (Hrsg.), Psychoanalyse in Schlüsselbegriffen, München/Wien/Baltimore 1983.
Grawe, K., Indikation in der Psychotherapie, in: Handbuch der Psychologie VIII (Klinische Psychologie), S. 1849-1876.
Greenson, R. R., Technik und Praxis der Psychoanalyse, Stuttgart 1973.
—, Psychoanalytische Erkundungen, Stuttgart 1982.
Grotjahn, M., Scheidt, J. v., Freud im Spiegel seiner Biographen, in: Die Psychologie des 20. Jahrhunderts II, Zürich 1976, S. 197-225.

Günther, G., Idee und Grundriß einer nicht-aristotelischen Logik, Hamburg 1978.
Habermas, J., Erkenntnis und Interesse, Frankfurt 1968.
Hämmerle-Balzert, Ch., Grundlagen, Probleme und Ergebnisse der psychoanalytischen Therapie, in: *Handbuch der Psychologie* VIII, S. 1884-1910.
Hartmann, H., Die Grundlagen der Psychoanalyse, Leipzig 1927.
—, Psychoanalysis as a Scientific Theory, in: *Hook* (Hrsg.), Psychoanalysis, Scientific Method and Philosophy, New York 1959.
—, Ichpsychologie, Stuttgart 1972.
Heigl, F., Indikation und Prognose in Psychoanalyse und Psychotherapie, Göttingen 1972.
Heimann, P., Bemerkungen zur Gegenübertragung, in: *Psyche* 14, 1960, S. 483-493.
Hinze, E., Probleme einer nosologischen Klassifikation in der Psychoanalyse, in: *Jahrbuch d. Psychoanalyse* 14, 1982, S. 110-124.
Horn, K., Psychoanalyse und gesellschaftliche Widersprüche, in: *Psyche* 30, 1976, S. 26-49.
Horney, K., The Problem of the Negativ Therapeutic Reaction, in: *Psychoanalytic Quarterly* 5, 1936, S. 29-44.
Houben, A., Klinisch-psychologische Beratung, München 1975.
Hyman, St. E., Psychoanalysis and the Climate of Tragedy, in: Freud and the 20th Century, London 1958.
Jacobson, E., The Self and the Object World, New York 1964, dt.: Das Selbst und die Welt der Objekte, Frankfurt 1973.
Jones, E., Das Leben und Werk von Sigmund Freud I-III, Bern / Stuttgart 1962.
Kächele, H., Beurteilung des Behandlungserfolges in der Psychotherapie, in: Materialien zur Psychoanalyse und analytisch orientierten Psychotherapie, 1975, S. 5-38.
Kemper, W., Übertragung und Gegenübertragung als funktionale Einheit, in: *Jahrbuch d. Psychoanalyse* 6, 1969, S. 35-68.
Kernberg, O. F., Object Relations Theory and Clinical Psychoanalysis, New York 1976.
—, Borderline Conditions and Pathological Narcissism, New York 1975; dt.: Borderline-Störungen und pathologischer Narzißmus, Frankfurt 1978.
Klein, M., Das Seelenleben des Kleinkindes. Stuttgart 1962.
Klüwer, R., Die Technik der Fokaltherapie, in: *Drews, S.* u. a. (Hrsg.), Provokation und Toleranz. Festschrift f. Alexander Mitscherlich z. 70. Geburtstag, Frankfurt a. M. 1978, S. 231-248.
Kohut, H., Narzißmus, Frankfurt 1971.
—, The Restoration of the Self, New York 1977; dt.: Die Heilung des Selbst, Frankfurt 1979.
Körner, J., Über das Verhältnis von Psychoanalyse und Pädagogik, in: *Psyche* 34, 1980, S. 767-789.
Krüll, M., Freud und sein Vater, München 1979.
Kutter, P. (Hrsg.), Psychoanalyse im Wandel, Frankfurt a. M. 1977.
Lacan, J., Ausgewählte Schriften 1, Olten / Freiburg i. Br. 1973.
Laplanche, J. / Pontalis, J.-B., Das Vokabular der Psychoanalyse, Frankfurt 1972.
Lévi-Strauss, C., Strukturale Anthropologie, Frankfurt a. M. 1967.
Lorenzer, A., Zur Begründung einer materialistischen Sozialisationstheorie, Frankfurt 1972.
—, Die Wahrheit der psychoanalytischen Erkenntnis. Ein historisch-materialistischer Entwurf, Frankfurt 1974.
—, Das Konzil der Buchhalter, Frankfurt 1981.
Marcuse, H., Triebstruktur und Gesellschaft, Frankfurt a. M. 1970.

Maetze, G., Psychoanalyse in Deutschland, in: Die Psychologie des 20. Jahrhunderts, Zürich 1976, S. 1145-1179.
Matt, P. v., Literaturwissenschaft und Psychoanalyse, Freiburg i. Br. 1972.
Meng, H., Seelischer Gesundheitsschutz, Basel 1939.
Mertens, W., Psychoanalyse, Stuttgart 1981.
—, (Hrsg.), Neue Perspektiven der Psychoanalyse, Stuttgart 1981.
—, (Hrsg.), Psychoanalyse, Ein Handbuch in Schlüsselbegriffen, München / Wien / Baltimore 1983.
Mitscherlich, A., Auf dem Wege zur vaterlosen Gesellschaft, München 1963.
—, Die Unwirtlichkeit unserer Städte, Frankfurt a. M. 1965.
Möller, H.-J., Psychoanalyse. — Erklärende Wissenschaft oder Deutungskunst?, München 1978.
Morgenthaler, F., Technik. Zur Dialektik der psychoanalytischen Praxis, Frankfurt 1978.
Musil, R., Der Mann ohne Eigenschaften, Hamburg 1970
Nedelmann, C., Behandlungsziel und Gesundheitsbegriff der Psychoanalyse, in: *Hach, H.*, Der Krankheitsbegriff in der Psychoanalyse, Göttingen 1981.
Neubauer, P. B., Kinderpsychoanalyse, in: Handbuch der Psychologie VIII, S. 2421-2428.
Nietzsche, F., Gesammelte Werke IV / 2, Berlin 1967.
Parin, P., Morgenthaler, F. und *Parin-Matthey, G.*, Fürchte deinen Nächsten wie dich selbst, Frankfurt a. M. 1971.
Parin, P., Das Ich und die Anpassungsmechanismen, in: *Psyche* 31, 1977, S. 481-515.
Parsons, T., Sozialstruktur und Persönlichkeit, Frankfurt 1968.
Pearson, G. H. J. (Hrsg.), Handbuch der Kinderpsychoanalyse, München 1972.
Perrez, M., Ist die Psychoanalyse eine Wissenschaft? Bern / Stuttgart / Wien 1972.
Petzold, E. / Reindell, A., Klinische Psychosomatik, Heidelberg 1980.
Pongratz, L., Lehrbuch der klinischen Psychologie, Göttingen 1973.
—, (Hrsg.) Handbuch der Psychologie VII / VIII, Klinische Psychologie, Göttingen / Toronto / Zürich 1978.
Preuss, H. G., Analytische Gruppenpsychotherapie, Grundlagen und Praxis, München / Berlin / Wien 1972.
Pritz, W. F. / Mitterauer, E., Metapsychologie und organismische Theorie, in: *Psyche* 31, 1977, S. 986-1020.
—, Selbstaktualisierung und Selbstbewußtmachung, Entwurf einer psychoanalytischen Handlungstheorie auf philosophischer Grundlage, in: *Salzburger Jahrbuch für Philsophie* 26, 1981 / 82, S. 202-236.
Rachmann, S., Wirkungen der Psychotherapie, Darmstadt 1974.
Racker, H., Meanings and Uses of Countertransference, in: *Psychoanal. Quarterly* 20, 1957, S. 303-357, dt.: Übertragung und Gegenübertragung, Studien zur psychoanalytischen Technik, München / Basel 1978, S. 150-201.
Radebold, H., Der psychoanalytische Zugang zu den älteren und alten Menschen, in: *Petzold, H. / Bubolz, E.* (Hrsg.), Psychotherapie mit alten Menschen, Paderborn 1979, S. 89-108.
Rapaport, D. / Gill, M. M., The points of view and assumptions of metapsychology, in: *Int. J. Psycho-Anal.* 32, 1959, S. 25-31.
Rapaport, D., Die Struktur der psychoanalytischen Theorie, Stuttgart 1969.
Reich, W., Wilhelm Reich über Sigmund Freud, Berlin (Raubdruck) 1969.
Reinke, E. K., Leiden schützt vor Strafe nicht, Frankfurt 1977.
Richter, H.-E., Eltern, Kind, Neurose, Stuttgart 1963.

—, Lernziel Solidarität, Hamburg 1974.
—, Vorbeugung von psychogenen Störungen in der Familie, in: *Richter, H. B./Strotzka, H./Willi, J.*, Familie und seelische Krankheit, Hamburg 1976.
—, Die Jugend und wir Psychotherapeuten, in: *Psyche* 37, 1983, 1-15.
Ricoeur, P., Die Interpretation. Ein Versuch über Freud, Frankfurt 1969.
Roberts, M., Freud — zwischen Moses und Ödipus, München 1975.
Rohde-Dachser, Ch., Das Borderline-Syndrom, Bern/Stuttgart/Wien 1979.
Rothschuh, K. E., Geschichte der Physiologie, Berlin/Göttingen/Heidelberg 1953.
Rudolf, G., Untersuchung und Befund bei Neurosen und psychosomatischen Erkrankungen, Weinheim/Basel 1981.
Ruitenbeek, H. M., Freud as we knew him, Detroit 1973.
Sandler, J./Dare, Ch./Holder, A., Die Grundbegriffe der psychoanalytischen Therapie, Stuttgart 1979².
Schafer, R., A New Language for Psychoanalysis, New Haven/London 1976.
Scharfenberg, J., Sigmund Freud und seine Religionskritik, Göttingen 1971.
Schülein, J. A., Das Gesellschaftsbild der Freudschen Theorie, Frankfurt 1975.
Seidler, E., Die Medizin und ihre Auswirkungen auf Freud, in: Die Psychologie des 20. Jahrhunderts; Zürich 1976, S. 701-720.
Seubert, E., Gegenwärtiger Stand der Präventionsforschung, in: Handbuch der Psychologie VIII, S. 3172-3207.
Shyrock, R. H., Die Entwicklung der modernen Medizin, Stuttgart 1947.
Sterba, R., Zur Theorie der Erziehungsmittel, in: *Imago* 18, 1932, S. 110-116.
Stierlin, H., Von der Psychoanalyse zur Familientherapie, Stuttgart 1975.
—, u. a., Das erste Familiengespräch, Stuttgart 1980².
Strotzka, H., Gesundheit für Millionen. Sozialpsychiatrie heute, Wien/Hamburg 1972.
Tomann, W., Ziele der Psychotherapie, in: Handbuch der Psychologie VIII, S. 1820-1848.
Ulrich, G./Wiesse, J., Zur realwissenschaftlichen Forderung an die Psychoanalyse nach Objektivierbarkeit, in: *Psyche* 37, 1983, S. 454-461.
Waelder, R., Psychoanalysis, scientific method and philosophy, in: *Journal of the American Psychoanalytical Association* 10, 1962, S. 617-637.
Warme, G. E., The methodology of psychoanalytic theorizing: A natural science of personal agency model, in: *Intern. Review of Psycho-Analysis* 9, 1982, S. 343-354.
Waugh, M., Narzißmus in unserer Zeit, in: *Psyche* 37, 1983, S. 16-40.
Winnicott, D. W., Übergangsobjekte und Übergangsphänomene, in: *Psyche* 23, 1969, S. 666-682.
Wyss, D., Die tiefenpsychologischen Schulen von den Anfängen bis zur Gegenwart, Göttingen 1961.

Analytische Psychologie
Urbilder der Seele

Lutz Müller, Theodor Seifert

1. Definition des Verfahrens

Die Analytische Psychologie wurde von *C. G. Jung* begründet und gilt als eines der drei klassischen tiefenpsychologischen Systeme. Obwohl sie in enger Auseinandersetzung mit den theoretischen Ansätzen von *Freud* und *Adler* entstanden ist, begreift sie diese als Teilaspekt einer von ihr angestrebten *Ganzheitspsychologie*. Indem sie von der *Ganzheit der Psyche* ausgeht, versucht sie allen Lebensäußerungen des Menschen gerecht zu werden und diese nicht auf einzelne Grundbedürfnisse zu reduzieren. Ihr zentrales Anliegen ist die Individuation, d. h. die vom Selbst gesteuerte Differenzierung und Verwirklichung des Wesens des Individuums.

Diese im tiefsten Sinne des Wortes gemeinte *Selbst-Verwirklichung* und *Selbst-Findung* verläuft über die *Vereinigung der Polaritäten* der menschlichen Persönlichkeit. Sie umfaßt damit die Integration nicht bewußter und nicht gelebter Seiten, wie z. B. die bestimmter Ich-Funktionen, Schattenaspekte, gegengeschlechtlicher Anteile, und zielt auf eine *Bewußtseinserweiterung* und *Ganzwerdung* der Persönlichkeit hin. Dieser Prozeß bedeutet allgemein formuliert eine Bewußtmachung von Inhalten des persönlichen sowie des kollektiven Unbewußten (archetypische Wirkkräfte).

Wegen dieses umfassenden Ansatzes hat sich die *Analytische Psychologie* nie ausschließlich als Therapieform für psychisch erkrankte Menschen verstanden, sondern war von Anfang an der Versuch, denjenigen Menschen, die auf der Suche nach sich selbst, nach ihrem Lebenssinn und nach einer Beziehung zum Transpersonalen waren, Hilfe und Wegbegleitung zu sein.

Es ist das große Verdienst *Jungs*, den uralten archetypischen Weg der Selbstverwirklichung für die moderne Psychologie wiederentdeckt zu haben, lange bevor solche Begriffe so sehr in die Umgangssprache eingegangen sind, daß sie ihren tieferen Sinn fast schon wieder verloren haben.

2. Geschichte

2.1 Kurze Biographie von C. G. Jung

Carl Gustav Jung wurde am 26. 7. 1875 in Kesswil in der Schweiz geboren. Von seinem 4. Lebensjahr an lebte er mit seinen Eltern in Basel, wo er auch zur Schule ging und sein Medizinstudium absolvierte. *Jungs* Vater, Johann Paul Achilles Jung, war Pfarrer. Seine Vorfahren und die seiner Ehefrau Emilie, geborene Preiswerk, gehörten vorwiegend intellektuellen Berufen an. 1900 begann *Jung* seine Laufbahn als Psychiater an der Psychiatrischen Universitätsklinik Zürich.

1903 heiratete er Emma Rauschenbach, die ihm bis zu ihrem Tode 1955 eine wertvolle Mitarbeiterin war. Sie hatten einen Sohn und vier Töchter.

1907 kam es zur ersten Begegnung mit *Freud* in Wien, nachdem sich *Jung* zuvor offen zu *Freud* und seinen Theorien bekannt hatte. Daraus entwickelte sich eine langjährige Freundschaft zwischen den beiden Forschern. Von Anfang an aber stand *Jung Freuds* Sexualtheorie und später auch dessen Einstellung zum Religiösen kritisch gegenüber, so daß es 1913 zum Bruch mit *Freud* und seiner Schule kam.

Ab 1913 widmete sich *Jung* immer ausschließlicher seinen Untersuchungen über die Struktur und *Phänomenologie des Unbewußten.* Neben seiner ausgedehnten psychotherapeutischen Praxis unternahm er zahlreiche Forschungsreisen, hielt Gastvorlesungen an in- und ausländischen Universitäten und bekam mehrere Ehrendoktorate und Auszeichnungen verliehen.

Er starb am 6. 6. 1961 im Alter von beinahe 86 Jahren. Seine Werke sind in fast alle europäischen und auch einige außereuropäischen Sprachen übersetzt worden. Die englische und deutsche Gesamtausgabe umfaßt 18 Bände, dazu kommen drei Bände seiner gesammelten Briefe und eine Autobiographie, die von *Jaffé* aufgezeichnet und herausgegeben wurde (*Jung* 1962).

2.2. Persönlichkeit und Werk C. G. Jungs, seine Vorläufer und sein geistesgeschichtlicher Hintergrund

In der Urkunde zur Verleihung des Ehrendoktorates der Eidgenössischen Technischen Hochschule Zürich findet sich folgende Würdigung der Persönlichkeit und des Werkes *Jungs:*

Dem Wiederentdecker der Ganzheit und Polarität
der menschlichen Psyche und ihrer Einheitstendenz,
dem Diagnostiker der Krisenerscheinungen

des Menschen im Zeitalter der Wissenschaften und der Technik,
dem Interpreten der Ursymbolik und
des Individuationsprozesses der Menschheit.

Diese Worte fassen treffend die Ideen zusammen, die *Jungs* Tätigkeit als Forscher und Arzt bestimmten, und die er in seinem eigenen Leben schöpferisch zu realisieren versuchte. Die Begegnung und Auseinandersetzung mit der Dynamik des unbewußt Psychischen bildete das Grundthema seines ganzen Lebens. Schon seit seiner frühen Kindheit wurde er, wohl durch seine ausgeprägte introvertierte, intuitive Einstellung unterstützt, von Phantasien, Träumen und Einfällen beeinflußt. Besonders die visionären Erfahrungen, die er in den Jahren 1913 bis 1916 im Anschluß an eine depressive Krise machte, die nicht zuletzt auch durch den Bruch mit *Freud* ausgelöst worden war, wurden zum Urstoff seiner Lebensthematik. Er schreibt darüber in seinen Erinnerungen (*Jung* 1962, S. 203):

„Die Jahre, in denen ich den inneren Bildern nachging, waren die wichtigste Zeit meines Lebens, in der sich alles Wesentliche entschied. Damals begann es, und die späteren Einzelheiten sind nur Ergänzung und Verdeutlichung. Meine gesamte spätere Tätigkeit bestand darin, das auszuarbeiten, was in jenen Jahren aus dem Unbewußten aufgebrochen war und mich zunächst überflutete. Es war der Urstoff für ein Lebenswerk."

Jungs Leben und Werk bilden eine untrennbare Einheit.

„Meine Werke können als Stationen meines Lebens angesehen werden; sie sind Ausdruck meiner inneren Entwicklung, denn die Beschäftigung mit den Inhalten des Unbewußten formt den Menschen und bewirkt seine Wandlung. Mein Leben ist mein Tun, meine geistige Arbeit. Das eine ist vom anderen nicht zu trennen. Alle meine Schriften sind sozusagen Aufträge von innen her; sie entstanden unter einem schicksalhaften Zwang. Was ich schrieb, hat mich von innen überfallen. Den Geist, der mich bewegte, ließ ich zu Worte kommen. Ich habe nie mit einer starken Resonanz auf meine Schriften gerechnet. Sie stellen eine Kompensation dar zu meiner kontemporären Welt, und ich mußte das sagen, was niemand hören will." (*Jung* 1962, S. 225)

Das zu sagen, was niemand hören will, das könnte man als einen Grundton seiner Persönlichkeit und Wissenschaftsauffassung ansehen. Wie einerseits Humor, Güte und äußerste Sensibilität sein Wesen kennzeichneten, so war es andererseits auch typisch für ihn, daß er eine gewisse Rücksichtslosigkeit bis hin zu Zynismus und Aggressivität an den Tag legte, wenn er sich unverstanden und aufgehalten fühlte.

„Ich habe viele Leute vor den Kopf gestoßen; denn sobald ich merkte, daß sie mich nicht verstanden, war der Fall für mich erledigt. Ich mußte weiter. Ich hatte — außer bei meinen Patienten — keine Geduld mit den Menschen. Immer mußte ich dem inneren Gesetz folgen, das mir auferlegt war und das mir keine Freiheit der Wahl ließ ... Ich konnte mich nie aufhalten beim einmal Erreichten. Ich mußte weitereilen, um meine Vision einzuholen. Da meine Zeitgenossen begreiflicherweise meine Vision nicht wahrnehmen konnten, so sahen sie nur einen sinnlos Davonlaufenden." (*Jung* 1962, S. 358)

Jung fragte immer dort weiter, wo andere nicht weitergefragt hatten, und gewann Einsichten durch die Beschäftigung mit solchen Phänomenen, die von den normalen abwichen; das aber ist gleichbedeutend mit der Bewußtmachung des Unbewußten. So führte seine Arbeit mit den *Assoziationsexperimenten* schließlich zur Entdeckung der *Komplexe*. Er hinterfragte die „falschen Reaktionen", die Störungen der freien Assoziationstätigkeit, wie z. B. fehlende Einfälle, Stottern, Wiederholung, statt sie als lästige Störfaktoren beiseite zu schieben.

So, wie ihn seine Arbeit mit den *Assoziationsexperimenten* zur Entdeckung der Komplexe geführt hatte, brachte ihn seine Tätigkeit als Arzt an der Psychiatrischen Klinik in Zürich zur Entdeckung des *kollektiven Unbewußten*. In den bisher als völlig unverständlich und sinnlos aufgefaßten Symptomen und Halluzinationen des schizophrenen Patienten hatte er eine tiefere Ordnung und Sinn gefunden. Er konnte zeigen, daß viele der bei diesen Kranken auftauchenden Bilder und Motive nicht auf persönliche Erwerbungen des Individuums zurückführbar waren, sondern einer allgemeinmenschlichen Schicht angehörten, die das Individuum transzendierte, und die er das *kollektive Unbewußte* nannte. Die einzelnen Inhalte des kollektiven Unbewußten nannte er *Archetypen*. Sie sind angeborene Verhaltens- und Erlebensweisen, die in den Gestaltungen des Unbewußten (Träume, Phantasien, Kunst etc.) als Bilder und Symbole erscheinen. Diese archetypischen Bilder und Symbole finden sich in allen Kulturen.

Ein Großteil von *Jungs* Bemühungen war darauf ausgerichtet, die Existenz und die Bedeutung des Archetypischen nachzuweisen und zu verstehen. Sowohl für die Idee des Archetypus als auch für seine anderen theoretischen Auffassungen (*Selbst, Schatten, Animus/Anima, Individuation* usw.) suchte er nach Vorläufern und Parallelen in der Kultur- und Geistesgeschichte der Menschheit. Diese fand er bei den *Gnostikern* und *Neuplatonikern* ebenso wie bei den *Kirchenvätern* und *Mystikern* des Mittelalters, bei den *Alchemisten* und *Rosenkreuzern* wie in der *romantischen Philosophie* und in der *Naturphilosophie*. Gerade letztere haben sein Werk stark beeinflußt. Von großer Bedeutung waren für ihn die Philosophie *Schellings*, sowie Gedanken von *Schleiermacher, Schubart* und *Fichte*. Schon als Jugendlicher war er von *Goethes* Faust beeindruckt, genauer von der Figur des Mephistopheles, und er nahm die Gedanken *Nietzsches* mit Begeisterung, aber auch mit Kritik auf. Ferner sah er, wie alle Tiefenpsychologen, die „Philosophen des Unbewußten" *Carus, Schopenhauer* und *E. von Hartmann* als seine Vorläufer an.

Die Begegnung mit der *Alchemie* aber wurde ihm zum entscheidenden Erlebnis, da er feststellte, daß seine eigenen Erfahrungen und Auffassungen mit denen der Alchemisten merkwürdig übereinstimmten. Die Alchemie war für *Jung* das *historische Gegenstück* zu seiner Psychologie des Unbewußten. Er kam mit ihr in Berührung durch einen chinesischen alchemistischen Text, den er von seinem Freund *Wilhelm* geschickt bekommen hatte und zu dem er einen bekannt gewordenen einleitenden Kommentar schrieb (*Jung/Wilhelm* 1971). Bis zu seinem Lebensende bildeten seine alchemistischen Studien einen wesentlichen Inhalt seiner Forschung, die ihren Niederschlag im wesentlichen in vier umfangreichen Bänden (*Jung* 1972a, I + II, 1972b, 1978b) gefunden haben. Leider bleiben gerade diese ihm so wesentlichen Gedankengänge dem Leser meist dunkel und schwer verständlich, was u. a. auf die Überfülle von motivgeschichtlichen Amplifikationen zurückzuführen ist. In seiner Beschäftigung mit der Alchemie entdeckte er seine innere Beziehung zu *Goethe*. In dessen Lebenswerk, dem *Faust*, sah er den Ausdruck eines überpersönlichen Wandlungsprozesses, von dem auch er sich ergriffen fühlte.

„Ich bin vom gleichen Traum ergriffen und habe ein Hauptwerk, das in meinem elften Jahre angefangen hat. Mein Leben ist durchwirkt und zusammengefaßt durch ein Werk und ein Ziel, nämlich: in das Geheimnis der Persönlichkeit einzudringen. Alles ist aus diesem zentralen Punkt zu erklären, und alle Werke beziehen sich auf dieses Thema." (*Jung* 1962, S. 210)

Da *Jung* die Analytische Psychologie den Naturwissenschaften zurechnete, diese aber den persönlichen Bedingungen des Beobachters stärker unterliegt als jede andere Wissenschaft, hielt er es für unbedingt notwendig, seine Beobachtungen und Erkenntnisse *menschheitsgeschichtlichen Parallelen* und Vergleichen gegenüberzustellen. Für ihn gab es *ohne Geschichte keine Psychologie* und erst recht keine Psychologie des Unbewußten, weil nur durch den *historischen Vergleich* der Standpunkt des jeweiligen Beobachters bestätigt und relativiert werden könne.

Außer mit der Kultur und Philosophie des Abendlandes beschäftigte sich *Jung* intensiv mit *östlichen Philosophien* (vgl. *Jung* 1973b) sowie mit den Mythen, Märchen, Sitten und Gebräuchen der Völker der Welt. Um lebendiges Anschauungsmaterial zu gewinnen, unternahm er Reisen nach Afrika und Ägypten, zu den Pueblo-Indianern in Arizona und Neu-Mexiko sowie nach Indien.

Zeitlebens beschäftigten ihn Fragen des *Christentums* und des Religiösen. Er war der Auffassung, daß die christliche Botschaft nach wie vor ins Zentrum des westlichen Menschen gehöre, allerdings einer

neuen Sicht bedürfe, um welche er sich in seinem Werk bemühte. Wichtig war für ihn der Einbezug des weiblichen Prinzips (Maria-Eros), dessen Verbindung mit dem männlichen Prinzip (logos) und die ambivalente *Paradoxie des Gottesbildes*, insbesondere die dunkle Seite, der „Schattenaspekt" des Göttlichen. Kritik und Faszination gegenüber dem Christentum und der Theologie wurden mitgeprägt von den Erfahrungen im Elternhaus. Sein Vater, der Pfarrer war, litt daran, im Inneren seinen Glauben verloren zu haben, und versuchte, diesen Verlust durch eine nunmehr äußerlich eingenommene, religiöse Haltung zu ersetzen. *Jungs* Mutter hingegen hatte sich trotz äußerer Anpassung an die religiösen Konventionen eine starke Verbundenheit zu allem Naturhaften, eine natürliche Religiosität bewahrt, die vermutlich *Jungs* eigene religiöse Einstellung beeinflußte.

Jung vertrat die Auffassung, daß den Kern jeder Neurose die Frage nach dem tieferen Sinn des Lebens und dem Religiösen bilde.

„Das Hauptinteresse meiner Arbeit liegt nicht in der Behandlung von Neurosen, sondern in der Annäherung an das Numinose. Es ist jedoch so, daß der Zugang zum Numinosen die eigentliche Therapie ist, und insoweit man zu den numinosen Erfahrungen gelangt, wird man vom Fluch der Krankheit erlöst." (*Jung* Briefe I, 1972c, Brief vom 28. 8. 1945)

In diesem Zusammenhang sei angemerkt, daß eine Anregung *Jungs* der Anstoß zur Gründung der „Anonymen Alkoholiker" in Amerika war. Er hatte einem „unheilbaren" Alkoholiker gesagt, daß ihn nur eine religiöse Erfahrung retten könne. Dieser folgte seinem Rat, wandte sich dem Religiösen zu und wurde geheilt. Aus dieser Erfahrung entwickelte sich die Bewegung der „Anonymen Alkoholiker". (*Lair* 1983, S. 757ff.)

2.3 Die Wirkung

Obwohl einige Begriffe der Analytischen Psychologie wie z. B. *Komplex, Archetyp, Introversion* und *Extraversion* in die Umgangssprache eingegangen sind, ist sie doch nie eine Massenbewegung gewesen, sondern verbreitete sich nur allmählich. Das hat verschiedene Ursachen: Die Gedankengänge und Erfahrungen *Jungs* scheinen in unserer hauptsächlich extravertiert ausgerichteten Gesellschaft vielen Menschen schwer zugänglich und esoterisch. So sind es vor allem introvertierte und intuitive, in der Stille arbeitende Menschen, die von seinen Ideen angezogen werden. Zudem bilden sie ein offenes, theoretisches, sich in ständiger Wandlung und Erweiterung befindliches System, das sich einer schematisierenden und dadurch dem Allgemeinverständnis leichter zugänglichen Darstellung widersetzt. Inzwischen

aber scheint das Bedürfnis der Menschen nach solchen ganzheitlichen Konzeptionen, wie sie *Jung* bereits vor über 50 Jahren entworfen hat, gewachsen zu sein.

Eine Reihe von namhaften Schülern systematisierten, vertieften und erweiterten die Gedanken *Jungs*. Es sind vor allem zu nennen: *Jacobi* (1965, 1969, 1971, 1972), *Jaffé* (1962, 1978), *Wolff* (1959) und *Franz* (1968, 1970, 1971, 1972, 1978, 1980, 1981), *Meier* (4-bändiges Lehrwerk, 1968-1977) in der Schweiz, *Heyer* (1932, 1949, 1964;vgl. auch *Kindler* 1982) in Deutschland und *Neumann* (1963, 1973, 1974a, 1974b, 1975; vgl. auch *Prokop* 1982) in Israel.

Neben diesen direkten Schülern *Jungs* waren es hauptsächlich einzelne Wissenschaftler, die die Gedanken *Jungs* auf ihr Fachgebiet übertrugen. Vor allem geschah dies auf dem Gebiet der Geisteswissenschaften. Hier ist besonders hervorzugeben seine Zusammenarbeit mit dem Mythologen *Kerényi*, dem Sinologen *Wilhelm*, den Indologen *Zimmer* und *Evans-Wentz*. Fruchtbare Anregungen erhielten die Symbol-, Märchen- und Mythenforschung, Anthropologie, Ethnologie, Geschichte, Soziologie, Kunst- und Literaturwissenschaften. Besonders die Theologie setzte sich mit *Jung* auseinander. Nach einer Veröffentlichung in *Spring* (1973) umfaßte das diesbezügliche Schrifttum bis dahin mehr als 442 Buchveröffentlichungen und größere Monographien. *Jung* stand in regem Gedankenaustausch mit namhaften Persönlichkeiten seiner Zeit, so z. B. mit *Hesse, Priestley, Graf Keyserling, Eliade, Joyce, Suzuki* und *Rhine*.

Die Lehre von den *Archetypen*, das damit verbundene *Synchronizitätsprinzip* und die Vorstellung von der *Einheitswirklichkeit* stellen Verbindungen her zu den modernen Naturwissenschaften, vor allem zur Biologie, Mathematik und Physik, aber auch zur Medizin und Parapsychologie. Überraschenderweise lassen sich besonders viele Parallelen feststellen zwischen den Denkmodellen der Analytischen Psychologie und der *Atomphysik*. Die unbekannten Dimensionen und Gesetzmäßigkeiten der Atom- und Quantenphysik scheinen sich mit denjenigen der Tiefenschichten des Unbewußten in eigentümlicher Weise zu berühren und — gewissermaßen jeweils vom entgegengesetzten Ende herkommend — ineinander überzugehen. In dem 1952 von *Jung* und dem Physiker *Pauli* herausgegebenen Buch „Naturerklärung und Psyche" finden sich ähnliche Auffassungen und Bezüge zwischen der Psychologie des Unbewußten und der Physik, wie sie *Capra* neuerdings zwischen Physik und östlicher Philosophie (*Capra* 1975) beschreibt. *Franz* bearbeitet die von *Jung* gesehene Beziehung zwischen Psyche, Zahl und Zeit (*Franz* 1970).

2.4 Die Beziehung zur Humanistischen Psychologie

Erstaunlicherweise haben die führenden Vertreter der Humanistischen Psychologie wie *Maslow, Rogers, Perls* lange Zeit überhaupt nicht oder nur sehr oberflächlich von der Analytischen Psychologie *Jungs* Kenntnis genommen. Damit erlitt *Jung* in den USA zunächst das gleiche Schicksal wie im europäischen Raum. Viele seiner Ideen und Begriffe (z.B. Individuation, Selbst) wurden ohne Erwähnung ihrer eigentlichen Herkunft von anderen analytischen Schulen übernommen oder noch einmal entdeckt. Inzwischen macht sich allerdings in Amerika und Europa ein steigendes Interesse an seiner Psychologie bemerkbar. Die in den modernen Veröffentlichungen der *Humanistischen und Transpersonalen Psychologie* dargestellten Konzepte sind ohne Bezug auf die *Jungsche* Psychologie nicht mehr denkbar. Nach einer Fragebogenuntersuchung, die *Ferguson* mit namhaften und weniger namhaften Personen durchführte, die in bestimmter Weise an der „sanften Verschwörung" zur persönlichen und gesellschaftlichen Transformation im „Zeitalter des Wassermanns" beteiligt waren, gehört *Jung* neben *De Chardin, Maslow, Rogers, Huxley, Assagioli* und *Krishnamurti* zu den Autoren, die das Denken der Befragten am meisten beeinflußt haben. Von den spirituellen Disziplinen und Techniken zur psychologischen Entwicklung wurde von den Befragten im Hinblick auf ihre eigene Transformation die *Jungsche* Therapie hinter dem Zen, Yoga, der christlichen Mystik, der Psychosynthesis (nach *Assagioli*) an fünfter Stelle genannt (*Ferguson* 1982, S. 483ff.). Auch *Capra* würdigt *Jung* ausgiebig und kommt zu dem Ergebnis, daß *Jungs* Gedanken über das Unbewußte im Menschen, die Dynamik psychischer Phänomene, die Natur psychischer Erkrankungen und den psychotherapeutischen Prozeß die künftige Psychologie und Psychotherapie wahrscheinlich stark beeinflussen werden (*Capra* 1982). Tatsächlich scheint es keine wesentliche psychologische Auffassung der Humanistischen Psychologie zu geben (vom körperorientierten Ansatz abgesehen), die nicht von der Analytischen Psychologie bereits ausgearbeitet oder zumindest im Ansatz vorgedacht worden ist. Die Analytische Psychologie geht sogar insofern über die Humanistische Psychologie hinaus, als sie dem Religiösen, dem Transpersonalen wie auch dem Paranormalen breiten Raum gibt und auch auf diesen Gebieten Pionierarbeit geleistet hat.

2.5 Gegenwärtige Situation

Jung zögerte lange, seine Auffassungen zu institutionalisieren, weil er der Meinung war, daß sich der Selbstverwirklichungsprozeß des

Individuums nicht vorschreiben und reglementieren lasse. Er betonte, daß er selbst nicht einmal ein *Jung*ianer sein würde. Deshalb kam es erst 1948 zur Gründung des *C.-G.-Jung-Instituts* in Zürich und 10 Jahre später zur Bildung einer Internationalen Gesellschaft für Analytische Psychologie (IGFAP), die Ausbildungsrichtlinien und Qualifikationen für ihre Mitglieder festlegte. Neben dem Institut in Zürich entstanden weitere, zunächst in London, dann in New York, San Franzisco und Los Angeles, später in Israel, Deutschland, Frankreich und Italien. Das erste deutsche *C.-G.-Jung-Institut* wurde 1971 in Stuttgart gegründet, ihm folgten weitere in West-Berlin und Bremen. Die Institute schufen sich ihre eigenen Publikationsorgane; im deutschsprachigen Raum ist es die „Analytische Psychologie, Zeitschrift für Analytische Psychologie und ihre Grenzgebiete".

In der Bundesrepublik Deutschland wird heute an den drei oben genannten Instituten eine berufsbegleitende Ausbildung zum *analytischen Psychotherapeuten* angeboten, zu der Ärzte und Diplom-Psychologen zugelassen werden. Die Ausbildung zum analytischen *Kinder- und Jugendlichentherapeuten* ist auch für Lehrer, Diplom-Pädagogen, Sozialpädagogen und Sozialarbeiter möglich. Da großer Wert auf die Lebenserfahrung und die persönliche Qualität des Bewerbers gelegt wird, erfolgt eine relativ strenge Selektion durch eine Auswahlkommission, die sich aus erfahrenen Analytikern und Dozenten der Ausbildungsinstitute zusammensetzt. Die Ausbildungsrichtlinien folgen den Vorschriften der „Deutschen Gesellschaft für Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie" (DGPPT) und der „Deutschen Gesellschaft für Analytische Psychologie" (DGAP). Diese beinhalten u.a. eine durchschnittlich 300 bis 500 Stunden umfassende Lehranalyse, mindestens 600 unter Supervision durchgeführte analytische Behandlungsstunden und den Nachweis über wenigstens 600 Vorlesungs- bzw. kasuistisch-technische Seminarstunden. Die Ausbildung dauert durchschnittlich 6 Jahre.

3. Menschenbild und Weltbild: Das *Mandala*

Wir haben die folgende einfache Mandala-Struktur-Skizze gewählt, um an ihr die Grundzüge des Menschen- und Weltbildes der Analytischen Psychologie aufzuzeigen. Das *Mandala* (Sanskrit: Kreis) ist so etwas wie das archtetypische Grundsymbol der Analytischen Psychologie. Es bildet den Schlüssel zum Verständnis ihrer theoretischen Auffassungen und der daraus abgeleiteten praktischen Konsequenzen. *Jung* und seine Nachfolger haben ihm zahlreiche Abhandlungen gewid-

met (vgl. *Jung*, 1976). Man kann das Mandala als ein kosmisches Symbol auffassen, es aber auch in eine Beziehung zur Ganzheit und Totalität des Menschen setzen, wo es dann den Ursprung, den Weg und das Ziel der seelischen Entwicklung symbolisiert. Der Individuationsprozeß, den wir unter 4.2. beschreiben, folgt auch der Mandala-Struktur.

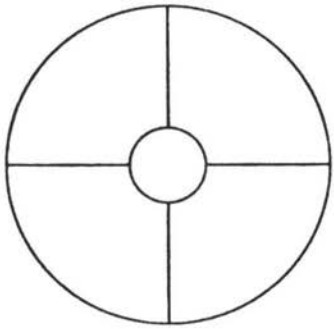


Abb. 1: Das Mandala als Zentralsymbol der Analytischen Psychologie
Aus: *Jung, C. G.*, Aion, GW 9/II, Olten 1976, S. 255

Der kleine Kreis im Zentrum der Mandala-Zeichnung läßt sich verstehen als die uranfängliche, noch unbewußte *Einheitswirklichkeit* des *Selbst*, der *schöpferische Ursprungszustand*, in dem die ganze Fülle des menschlichen Daseins latent vorhanden, aber noch nicht in Erscheinung getreten ist. Es ist gewissermaßen der Zustand des psychischen Seins vor dem „Urknall" der Bewußtseinsentwicklung. Mit der Bewußtseinsentwicklung beginnt sich für den Menschen das Sein zu verwirklichen, indem es für ihn in seine Polaritäten auseinandertritt. Dies wird durch das *Kreuz* symbolisiert, eines der am weitesten verbreiteten Symbole der Menschheit. Wegen seiner äußeren vier Punkte wurde es zu einem archetypischen Richtungs- und Ordnungssymbol (z.B. vier Himmelsrichtungen, Koordinatensystem), zum Symbol der *Quaternität* schlechthin. In Asien wird die vertikale Achse des Kreuzes dem männlich-aktiven Prinzip (*Yang*) und die horizontale Achse dem weiblich-passiven Prinzip (*Yin*) zugeordnet. Dadurch wird es zum Symbol der Durchdringung und Vereinigung zweier entgegengesetzter Bereiche.

Die Analytische Psychologie begreift Leben als ein *Eingespanntsein in Polaritäten*. Polaritäten sind der Motor jedes lebendigen und seelischen Geschehens. Sehr früh, schon vor der Entwicklung der moder-

nen kybernetischen, systemtheoretischen Modellvorstellungen hat *Jung* die Psyche des Menschen als ein sich selbst regulierendes, offenes System beschrieben, in dem sich die Polaritäten zueinander kompensatorisch verhalten. Von daher werden in der Analytischen Psychologie alle Strukturelemente des Organismus und deren Dynamik unter polarem Aspekt betrachtet (vgl. die einführenden Werke von *Schlegel* 1973 und *Seifert* 1981, die das Polaritätsprinzip als Ordnungsschema zur Darstellung der Analytischen Psychologie verwenden).

Eine der Hauptpolaritäten, von der sich viele andere ableiten lassen, ist die zwischen dem Ich-Bewußtsein und den unbewußten Anteilen des Selbst. Wie wir im nächsten Kapitel zeigen werden, ist die *Ich-Bewußtseins-Entwicklung* der Persönlichkeit nur dadurch möglich, daß sich das Ich mit ganz bestimmten Teilen des Selbst verbindet und andere unbewußt läßt, bzw. verdrängt. Dadurch geht die ursprüngliche, aber unbewußte *Ganzheit* und *Einheit* des *Selbst* verloren, zu gunsten einer Bewußtsein erst ermöglichenden Einseitigkeit. Das Ziel der sich selbst regulierenden Tätigkeit der Psyche ist es, die Ganzheit des Selbst wiederherzustellen. So sieht die Analytische Psychologie nicht nur in dem natürlich ablaufenden psychischen Wachstums- und Wandlungsprozeß, sondern auch in dessen Störungen, seien sie körperlicher, psychosomatischer oder psychischer Art, eine *Zielgerichtetheit* (Finalität) auf eine Erweiterung der Persönlichkeit hin. In der *Neurose* drückte sich für *Jung* die Unfähigkeit des Menschen aus, die Ganzheit und Polarität seines Wesens zu bejahen. Psychotherapie heiße deshalb, dem Patienten den finalen Sinn seiner Symptomatik und seines Leidens verstehbar, annehmbar und zumindest teilweise realisierbar zu machen.

Weitere Polaritäten, die in der analytischen Psychotherapie eine Rolle spielen, sind zum Beispiel die zwischen *Persona* und *Schatten*, zwischen dem Ich und den gegengeschlechtlichen Polen *Animus* bzw. *Anima*, zwischen *Individuum* und *Gesellschaft/Welt*, *Kultur* und *Natur*, *Körper* und *Psyche*, *Trieb* und *Geist*, *Männlichem* und *Weiblichem*, *Personalem* und *Transpersonalem*. Auch die *jungsche Typologie* ist polar aufgebaut. Der *Extraversion* steht die *Introversion* gegenüber, dem *Fühlen* das *Denken* und dem *Empfinden* das *Intuieren*. Im *Individuationsprozeß* schließlich werden die aus dem bisherigen Leben ausgeschlossenen und unbewußt gebliebenen polaren Selbstanteile dem Bewußtsein und Erleben schrittweise wieder zugänglich gemacht, so daß es zu einer Vereinigung der Gegensätze kommen kann. Individuations- und Heilungsprozeß sind weitgehend identisch.

In diesem leidvollen und konflikthaften Vorgang des Hin- und Hergerissenseins, des Gekreuzigtseins zwischen den Polaritäten, kommt es allmählich zu deren Annäherung, Versöhnung und Synthese desselben. Dies kann man auch als eine *Umkreisung der Mitte* bezeichnen, in der das Selbst als Zentrum der Persönlichkeit immer stärker hervortritt. Der Kreis, der das Mandala umschließt, wird somit zu einem Symbol der wiedergefundenen Einheit und Ganzheit, die aber keine idealistische Vollkommenheit im abendländisch-christlichen Sinne, sondern eine *Vollständigkeit* darstellt, in der Oberes und Unteres, Männliches und Weibliches, Gutes und Böses, Personales und Transpersonales ihren Ausdruck finden (*Jung* 1972d, S. 194). Der Kreis weist aber auch dadurch, daß er abgrenzt und umschließt, darauf hin, daß die Ganzheit des Selbst für den Menschen nur als Annäherung und Ausschnitt erfahrbar ist. Es werden immer weite Bereiche des Selbst unbewußt bleiben. Obwohl der Individuationsprozeß archetypisch, also allgemeinmenschlich und in diesem Sinne objektiv ist, kann der einzelne Mensch nur versuchen, seine individuelle und subjektive Form der Ganzheit zu finden. Das *Mandala* kann ihm dabei Wegbegleitung und Zielorientierung sein. Es ist aber nicht vollständig erfüllbar.

Es stellt sich nun die Frage, welche Bedeutung der Außen- und Umwelt bei dem dargestellten Vorgang zukommt. *Jung* betonte immer das *Primat des Psychischen*. Er sprach von der *Wirklichkeit der Seele* als der einzigen Wirklichkeitserfahrung, die uns zugänglich ist. Alles, was wir erleben und wissen können, läuft über das Instrument der Psyche, das die wie immer gearteten Reize der Außenwelt selektiert, ordnet und in Bildfolgen übersetzt. Deshalb ist der Individuationsprozeß strenggenommen nur ein seelischer Vorgang, in dem das Individuum nicht die Objekte an sich ändert, sondern seine Vorstellung, Einstellung und Beziehung zu ihnen. Es ist ein fortwährender „Enttäuschungsprozeß", in dem die das Sein überlagernden Projektionen mehr und mehr zurückgenommen werden können und die Wirklichkeit in ihrem einfachen So-Sein akzeptiert wird. Das soll aber nicht heißen, daß dieser Prozeß unabhängig von der Umwelt ablaufen kann, es ist vielmehr so, daß er eine Wechselwirkung und Auseinandersetzung des Individuums mit seiner Umwelt bzw. seinen Mitmenschen zur Voraussetzung hat.

Wie bereits dargestellt, sah sich *Jung* aufgrund seiner Vorstellungen von den *Archetypen* und den paranormalen Phänomenen genötigt, nicht nur eine enge Beziehung zwischen innen und außen, Psyche und Welt, sondern sogar deren letztliche Einheit zu postulieren. In dieser

Sicht ist das *Mandala* ein Symbol für die *Einheitswirklichkeit*, den „unus mundus", der die sich durchkreuzenden Grundfaktoren Psyche und Welt, Subjekt und Objekt umschließt und überwindet. Da *Jung* bestrebt war, der Ganzheit des Seins, wie sie im *Mandala* symbolisiert wird, gerecht zu werden, betrachtete er seine Auffassungen immer nur als vorläufige Hypothesen. Er vermied eindeutig-machende und allzu festlegende Aussagen, bevorzugte offene und paradoxe Formulierungen. Er wollte die Vielfalt der seelischen Erscheinungen nicht auf einige oder einen Grundfaktor reduzieren, sondern suchte allen den ihnen gemäßen Ort zu geben. Er berücksichtigte sowohl die elementarsten, instinktiven Prägungen des Menschen, seine sozialen Bedürfnisse wie auch sein Streben nach Sinn und religiöser Erfahrung. Diese Weite des Ansatzes macht die grundsätzliche Offenheit der Analytischen Psychologie neuen psychologischen Erkenntnissen, Methoden und Techniken gegenüber aus.

4. Persönlichkeitstheorie

4.1 Begriff und Verständnis der Person

Die Analytische Psychologie verbindet in ihrer Persönlichkeitstheorie Modellvorstellungen der Psychoanalyse und anderer tiefenpsychologischer Richtungen mit eigenen Auffassungen. Einer der zentralen Ansätze ist der von der *Beziehung des Ich-Bewußtseins zum Unbewußten*, an der im folgenden einige wesentliche Aspekte der analytischen Persönlichkeitstheorie dargestellt werden sollen.

4.1.1 Das Unbewußte

Um die volle Bedeutung erfassen zu können, die der Begriff und das Phänomen des Unbewußten in der Analytischen Psychologie haben, muß man sich zunächst von allzu schematischen und vereinfachenden Vorstellungen darüber lösen. Schicht- und Kreismodelle, die häufig zur Veranschaulichung des Unbewußten herangezogen werden, können einerseits hilfreich für eine erste Orientierung sein, andererseits aber ein tiefergehendes Verständnis blockieren. Etwas, was so paradox, hintergründig und multidimensional ist wie das Unbewußte, kann nicht durch eindeutige, zwei- oder dreidimensionale Darstellungen befriedigend verständlich gemacht werden. So legt das bekannte Eisbergmodell, bei dem die Spitze des Eisbergs, die aus dem Wasser herausschaut, das Ich-Bewußtsein repräsentiert und der Rest des Eisberges das Unbewußte, nahe, daß es sich bei dem Unbewußten um ein Unter-Bewußtsein handelt. Das kann zu irreführenden Vorstellungen ver-

leiten. Durch die in unserer Gesellschaft vorwiegend negative Besetzung des Wortes „unten" ruft der Begriff des Unter-Bewußtseins entsprechend abwertende Assoziationen hervor. Dadurch wird das Unbewußte zum Ort des Bösen, Schlechten, Minderwertigen, des Triebhaften, Bedrohlichen und Gefährlichen, während das Ich-Bewußtsein zu einem höchsten positiven Wert wird. Aus diesem Grunde scheint es dann unnötig zu sein, sich mit den unbewußten Anteilen der Persönlichkeit auseinanderzusetzen. Im Gegenteil, man könnte sogar befürchten, daß einen die Trieb- und Infantilseiten der eigenen Persönlichkeit überwältigen und man seine höheren geistigen und kreativen Entwicklungspotentiale einbüßt.

Aber das *Unbewußte* im Verständnis der Analytischen Psychologie ist nicht irgendwo unten oder oben in uns, auch nicht links oder rechts, es ist kein Ort oder Behälter, auch wenn dies manchmal durch die Begriffsverwendung nahegelegt wird. Es ist vielmehr ein *Zustand*, eine *Latenz* oder *Potenz*, die grundsätzlich alle Faktoren der Persönlichkeit umfassen kann. Es bezeichnet als eine Art Sammelbegriff die Gesamtheit aller der einem Menschen zu einem bestimmten Zeitpunkt nicht bewußten inneren — körperlichen wie psychischen — Strukturen, Funktionen und Prozesse, die sein Da-Sein, sein So-Sein, sein Erleben und Verhalten bestimmen. Dabei kann es sich beispielsweise um Vergessenes, um unterschwellig Wahrgenommenes, abgewehrte Triebe, Affekte und Phantasien, um frühkindliche Prägungen, Fixierungen und Programmierungen, um eingespielte Verhaltensabläufe und Gewohnheiten, latente Begabungen, schöpferische Fähigkeiten bis hin zu transpersonalen Erfahrungsmöglichkeiten handeln.

Diejenigen einem Menschen unbewußt gebliebenen oder unbewußt gewordenen Erfahrungen, Einflüsse und Potenzen, die seiner Eigenart und seiner individuellen Lebensgeschichte entstammen, bezeichnet die Analytische Psychologie als *persönliches Unbewußtes*. Dagegen werden die in der Genstruktur des Menschen verankerten Voraussetzungen seines psychophysischen Funktionierens und die Gesamtheit der allgemeinmenschlichen Erfahrungs-, Verhaltens- und Entwicklungsmöglichkeiten *kollektives Unbewußtes* genannt.

Ein anderes, eng mit der Vorstellung eines Unter-Bewußtseins verbundenes Mißverständnis ist, daß das Unbewußte als ein Abfallprodukt des Bewußtseins aufgefaßt wird. In dieser Sichtweise ist das Ich-Bewußtsein das Ursprüngliche, während das Unbewußte nur all das enthält, was vom Ich-Bewußtsein im Laufe seiner Entwicklung abgespalten wurde. Daraus ließe sich ableiten, daß das Unbewußte relativ begrenzt und vollständig auslotbar sei, so daß man eines Tages

von diesem lästigen Anhängsel frei sein könne, wenn man es sich vollständig bewußt gemacht habe. Diese Auffassung entspricht der Ich-Überschätzung und Seelenblindheit des modernen Menschen, der glaubt, er sei der Herr im eigenen Hause, er könne machen, was er wolle, und er habe alles im Griff. Nur ein wenig Selbsterkenntnis und ein Blick auf die Weltgeschichte aber zeigen, daß nichts weniger der Fall ist.

Die kopernikanische Wende im Bereich des Psychischen, von der bereits *Freud* sprach, und die heute von der Analytischen Psychologie nachdrücklicher denn je gefordert wird, bezieht sich auf die Anerkennung der Wirklichkeit der unbewußten Psyche als dem entscheidenden Wirkungsfaktor, der allem bewußten Erleben und Verhalten zugrundeliegt. Unbewußt-Sein ist der ursprüngiche Zustand, die *Matrix*, aus dem sowohl phylogenetisch wie auch ontogenetisch die bewußten psychischen Funktionen hervorgegangen sind und ständig neu hervorgehen. Um das Verhältnis des Ich-Bewußtseins zum Unbewußten zu veranschaulichen, wurde früher häufig das Bild der Insel oder des Schiffes (= Ich-Bewußtsein) im Ozean (= Unbewußtes) verwendet. Heute, im Zeitalter der Raumfahrt, bietet sich ein anderes Bild an, das zudem der Forderung nach der kopernikanischen Wende mehr entspricht: Die Erde im Vergleich zur unendlichen Weite und Tiefe des Weltalls. Das Ich-Bewußtsein ist ebensowenig Erzeuger und Mittelpunkt des inneren psychischen Universums wie der Mensch und die Erde Zentrum des äußeren Universums sind. Der Unermeßlichkeit des äußeren entspricht die Unermeßlichkeit des inneren psychischen Kosmos, des Mikrokosmos.

Die Identifizierung des modernen Menschen mit dem Ich-Bewußtsein und die damit verbundene Abspaltung der unbewußten Dimensionen führt dazu, daß er sich bei seinem sorglosen Spiel mit den Mächten des Inneren und des Äußeren plötzlich in die Rolle des Zauberlehrlings versetzt findet, der nach seinem hoffnungsfrohen Beginnen „. . . und mit Geistesstärke tu ich Wunder auch" verzweifelt und hilflos ausrufen muß: „Herr, die Not ist groß! Die ich rief, die Geister, werd' ich nun nicht los." Ob allerdings, wie in *Goethes* Ballade, auch für uns der Zaubermeister, der die rettende Formel weiß, noch rechtzeitig erscheint, ist fraglich.

Sowohl bei der wissenschaftlichen Forschung als auch bei der persönlichen Auseinandersetzung mit dem Unbewußten stößt man auf das Problem, daß es per definitionem nicht unmittelbar dem Bewußtsein zugänglich ist und von daher auch nicht direkt beobachtet werden kann. Man kann auf unbewußte Strukturen und Faktoren nur auf-

grund bestimmter psychischer Manifestationen schließen. Klienten, die zur Psychotherapie kommen, sagen deshalb häufig, daß sie sich über ihre Probleme schon so viele Gedanken gemacht, den Kopf zerbrochen und schon alles mögliche ausprobiert hätten, ohne eine Lösung gefunden zu haben. Das ist nur allzu verständlich, denn das Ich-Bewußtsein mit seinen alten, eingeschliffenen Einstellungen und Denkweisen ist meist gänzlich untauglich dafür, neue, unbekannte Dimensionen der Persönlichkeit zu erkennen. Im Laufe des Lebens erwerben wir ganz bestimmte Einstellungen und Denkweisen gerade deshalb, um bestimmte Einsichten und Erfahrungen über uns und mit uns zu vermeiden. Die Tiefenpsychologie hat für diese *Vermeidungshaltung* den Begriff des Abwehrmechanismus geprägt. Mit Hilfe dieser Abwehrmechanismen werden unbewußt solche inneren und äußeren Gegebenheiten vermieden, die für uns bedrohlich sind und von daher das Funktionieren des Ich-Bewußtseins stören könnten.

Unbewußtes kann also nur da erfahren werden, wo die Struktur des Ich-Bewußtseins gelockert und von daher bereit ist, sich unbewußten Manifestationen gegenüber zu öffnen. Häufig aber erzwingen sich unbewußte Tendenzen den Zugang ins Ich-Bewußtsein, so daß die dadurch hervorgerufenen Störungen bzw. Abweichungen der Bewußtseinskontinuität und der Befindlichkeit Rückschlüsse auf unbewußte psychische Prozesse zulassen. Das Sensibelwerden für solche Störungen, für die Abweichung der von uns erwarteten, durchschnittlichen Erlebens- und Verhaltensweisen ist eine der besten Möglichkeiten, mit Unbewußtem in Kontakt zu kommen. Allerdings ist das leichter gesagt als getan, denn solche Störungen werden zunächst meist als unangenehm, peinlich oder angstmachend erlebt, und es entspricht auch nicht unserem gesellschaftlichen und kulturell-religiösen Ideal, unseren Mißgeschicken, Fehlern, Schwächen und Schwierigkeiten besondere Aufmerksamkeit und interessierte Zuwendung zukommen zu lassen. Wer aber den *Mut* dazu aufbringt, sich mit ihnen auseinanderzusetzen, indem er sie annimmt und nach ihrem Sinn befragt, wird in ihnen treue Helfer auf dem Wege zu einem Verständnis der unbewußten Faktoren der Psyche finden.

4.1.1.1 Die Erfahrung des persönlichen Unbewußten

Wie läßt sich nun die oben geschilderte Tatsache, daß die Störung der *Ich-Bewußtseins-Kontinuität* die Eintrittspforten zum Unbewußten sind, für die Einsicht in unbewußte Bereiche der Persönlichkeit nutzbar machen? Jeder kennt eine der folgenden Erfahrungen: bei einem Gespräch fällt ein bestimmtes Wort oder es klingt beiläufig ein

bestimmtes Thema an und auf einmal ist man nicht mehr in der Lage, weiter konzentriert zuzuhören, man schaltet ab und verfällt eigenen Gedanken und Phantasien. Oder es werden in froher Runde Witze gemacht, man ist heiter und ausgelassen, aber bei einem bestimmten Witz ist einem plötzlich das Lachen vergangen, und man kann seine Betroffenheit nur schlecht verbergen. Oder man war morgens noch bester Laune und stellt mittags fest, daß man in depressiver oder gereizter Stimmung ist, ohne zu wissen weshalb. Was ist da passiert?

Offenbar wurde in diesen Fällen durch einen bestimmten Reiz (ein Wort, eine Anspielung, eine Situation u.ä.) ein „wunder" Punkt angerührt, der vielleicht auf eine frühere angstvolle, schmerzhafte oder peinliche Erfahrung zurückgeht und der nun dazu geführt hat, daß man abgelenkt, irritiert und blockiert wurde.

In der Analytischen Psychologie werden diese Inhalte des persönlichen Unbewußten, die solche Abweichungen von der Ich-Bewußtseins-Kontinuität hervorrufen, als *Komplexe* bezeichnet. Zunächst mag es scheinen, daß die Komplexe hauptsächlich pathogene Faktoren sind, weil ihre Wirksamkeit häufig in unangenehmen Zusammenhängen bzw. Fehlleistungen, Mißgeschicken, Unfällen, Trieb- und Affektdurchbrüchen, psychosomatischen Reaktionen und psychischen Symptomen erfahren wird. Bei genauerem Hinsehen aber stellen sie sich als *zentrale Struktur- und Steuerungselemente* heraus, die das menschliche Erleben und Verhalten sowohl in normaler als auch in krankhafter Hinsicht in weitgehendem Maße bestimmen.

Wie Komplexe entstehen, hat die moderne Lernpsychologie gezeigt. Durch fördernde oder hemmende Reaktionen der Umwelt auf sein Verhalten lernt der Mensch, bestimmte Eigenschaften, Bedürfnisse, Verhaltensweisen und Situationen als angenehm oder unangenehm, als richtig oder falsch zu erfahren. Dementsprechend werden einige Aspekte der Persönlichkeit und der Welterfahrung positiv, andere negativ „aufgeladen", und wiederum andere bleiben relativ neutral. Sie formieren sich zu positiven oder negativen Komplexen, die nach und nach durch weitere Erlebnisse angereichert, verstärkt oder abgeschwächt werden.

Experimentell lassen sich die Komplexe mit dem Assoziationsexperiment, mit dem *Jung* die Erforschung der Komplexstruktur der Psyche begonnen hat, nachweisen. Hierbei werden einer Versuchsperson bestimmte Reizworte dargeboten, auf die sie mit einem anderen Wort reagieren soll. Aus der Art und der Störung der Reaktion auf das Reizwort (z.B. verzögerte Reaktion, keine Reaktion, Stottern, Veränderung des elektrischen Hautwiderstandes, des Blutdrucks, der Atemfre-

quenz etc.) läßt sich nachweisen, ob das Reizwort einen Komplex der Versuchsperson getroffen hat oder nicht. Die Versuchsperson hat dabei keine Möglichkeit, eine Komplexreaktion zu vermeiden, denn die auf diese Weise angesprochenen Komplexe sind unbewußt und einer willensmäßigen Kontrolle unzugänglich.

Das persönliche Unbewußte wird durch eine Vielzahl solcher Komplexe strukturiert. Sie können alle Grade emotionaler Aufladung aufweisen, sind die Brenn- und Knotenpunkte der Persönlichkeit und bestimmen deren Eigenart. In diesem Sinne sind sie einer *Landkarte* vergleichbar, die eine Orientierung ermöglicht (*Seifert* 1981, S. 285f.). Kennt man die Komplexe eines Menschen, so wird sein Verhalten verständlich und voraussehbar. Komplexe führen dazu, daß die Welt in individueller Art erfahren und auf sie in individueller Weise reagiert wird. Viele von ihnen entfalten ihre Wirkung nur auf äußerst subtile Weise. Sie lenken die Aufmerksamkeit und das Interesse einmal hier- und einmal dorthin oder erzeugen unmerkliche Stimmungsveränderungen. Andere dagegen brechen mit elementarer Gewalt durch und rufen starke Affektionen, Kurzschlußhandlungen, schwere psychische Störungen hervor.

Es lassen sich verschiedene Komplexebenen unterscheiden: Komplexe, die der individuellen Lebensgeschichte entstammen, Komplexe, die für die Gruppe, Gesellschaft und Kultur, in der wir leben, charakteristisch sind und durch den Sozialisationsprozeß vermittelt werden (z.B. Sexualkomplex, Leistungskomplex) und Komplexe, die vererbt und allen Menschen gemeinsam sind. Die Analytische Psychologie bezeichnet die letzteren als *Archetypen*. Entsprechend dieser Ebenen ordnen sich die einzelnen Teilkomplexe zu größeren *Komplexverbänden*, welche sich wiederum um einige *Zentralkomplexe* archetypischer Art gruppieren.

Da jene Einstellungen, Verhaltensweisen und Erlebnisse, die zu einer Komplexbildung geführt haben, in der Folgezeit vermieden oder verstärkt werden, kann sich daraus eine sehr einseitige und der Wirklichkeit des Lebens unangepaßte Persönlichkeitsstruktur entwickeln. Weite Bereiche von positiven Lebensmöglichkeiten bleiben unerschlossen, während auf anderen negativen Lebensformen beharrt wird. Deshalb ist die Bewußtmachung und Auflösung lebenseinengender Komplexe eines der Hauptziele jeder Therapieform.

Die Komplexreaktionen sind die *„via regia" zum Unbewußten*. Neben der Erhöhung der Sensibilität für die Störung der Bewußtseins-Kontinuität (z.B. durch ein Achten auf feine Körpersignale, plötzlich aufsteigende Phantasien), gibt es eine Reihe von Techniken,

die durch eine Herabminderung der Bewußtseinsschwelle den Zugang zu den Komplexbereichen erleichtern. Hierher gehören z.B. Hypnose und andere Trance-Verfahren, Meditations- und Imaginationstechniken sowie das klassische *Freud*sche Assoziationsverfahren. In der Analytischen Psychologie bedient man sich vornehmlich der Arbeit mit den Träumen, der aktiven Imagination und dem unbewußten Gestalten.

Um den Sinn dieser Techniken zu verstehen, muß man eine typische Erscheinungsweise der Komplexe kennen. Je unbewußter sie sind und je höher ihre energetische Aufladung ist, desto mehr erscheinen sie dem Ich-Bewußtsein als fremd und autonom. In Fällen psychischer Störung, wie z.B. bei Phobien oder Zwangssymptomen, erlebt sie das Individuum zwar als unverständlich, aber doch noch zur eigenen Persönlichkeit gehörend. Sind sie noch stärker abgespalten, werden sie projiziert und können den Charakter eines von außen kommenden, häufig bedrohlichen Wesens annehmen oder als Halluzinationen und Wahnvorstellungen erscheinen. Sie haben dann die Neigung, sich zu personifizieren, d.h. in menschlicher oder tierhafter Gestalt aufzutreten, was mit der bild- und symbolerzeugenden Wirkungsweise der Psyche zusammenhängt. Die Analytische Psychologie faßt die in allen Kulturen vorkommenden Vorstellungen von Geistern, Dämonen, Kobolden, Fabelwesen, Heinzelmännchen und Teufelchen als die Personifikation unbewußter Komplexe auf. Ein anderes Beispiel für diese Personifikationstendenz der Komplexe sind die Manifestationen, die durch die psychomotorischen Automatismen (Tischerücken, Gläserrücken, Pendeln, automatisches Schreiben und Sprechen etc.), wie sie in spiritistischen Kreisen angewendet werden, entstehen. Sie erzeugen bei uneingeweihten Beobachtern den fast unüberwindlichen Eindruck, in Kontakt mit jenseitigen Wesen getreten zu sein (vgl. *Müller* 1980, S. 31ff.).

Diese Techniken sind die magischen Vorläufer der verschiedenen modernen psychotherapeutischen Versuche, in einen Dialog mit den eigenen Komplexen zu treten. *Jung* hat bereits 1916 ein entsprechendes Vorgehen beschrieben, das heute unter der Bezeichnung *„aktive Imagination"* ein Standardverfahren der Analytischen Psychologie ist (*Ammann* 1978). Alle Objekte, Prozesse und Gestaltungen, die auf der Ebene des Phantasie-, Imaginations- und Traumbewußtseins in Erscheinung treten, sind bildhafter, symbolisierter, personifizierter Ausdruck unbewußter Komplexe und verschiedener Teilaspekte der Persönlichkeit und ihrer Autonomie.

Auf zwei dieser Teilaspekte oder auch Teilpersönlichkeiten, die in der Analytischen Psychologie eine besondere Rolle spielen, sei hier bereits hingewiesen. Die erste ist der sogenannte *Schatten*. In diesem bildhaften Begriff sind alle „negativen" Eigenschaften einer Persönlichkeit zusammengefaßt, wie z.B. Egoismus, Aggressivität, Triebhaftigkeit, Neid, Habgier, Geiz etc., die unbewußt bleiben müssen, weil sie nicht mit dem eigenen Selbstbild übereinstimmen und im Widerspruch zu den Ideal- und Moralvorstellungen des einzelnen und der Gesellschaft stehen. Je vollkommener sich jemand gebärdet, desto dunkler und häßlicher ist sein Schatten. Das muß so sein, weil die Wertvorstellungen einer Gesellschaft künstliche Ausschnitte des Allgemeinmenschlichen sind, die mit der Wirklichkeit und der Realität des Menschen häufig sehr wenig zu tun haben. Dadurch, daß sich jemand mit diesem kleinen, künstlichen Idealausschnitt des Menschlichen identifiziert, kann er aber den anderen Seiten des Allgemeinmenschlichen nicht entgehen, im Gegenteil, er wird ihm hinterrücks um so mehr verfallen. Da er aber von dem Dunklen und Bösen in sich selbst nichts weiß, wird es ihm draußen begegnen: in den eigenen Kindern, die nervös und aggressiv sind, dem Partner, der so wenig Verständnis zeigt, im neidischen und eitlen Nachbarn, im rücksichtslosen Kollegen, im Assozialen, im Kriminellen, in Minderheitsgruppen, im feindlichen, fremden Staat, in der bösen Welt. Projektionsobjekte, die als Sündenbock für das eigene Schattenhafte dienen, gibt es zur Genüge. Deshalb ist die *Integration des Schattens*, wie es die Analytische Psychologie im Individuationsprozeß anstrebt, nicht nur ein Erfordernis zur Selbst-Verwirklichung des Individuums, sondern sie ist zugleich auch von weitreichender gesellschaftlicher Relevanz. Denn in dem Maße, in dem man sich mit sich selbst versöhnt, befriedet man auch seine Umwelt.

Auf der Ebene des Imaginations- und Traumbewußtseins erscheint der eigene Schatten in all jenen, meist gleichgeschlechtlichen Personifikationen, die Ausdruck des Schlechten, Minderwertigen und Abzulehnenden sind. Deshalb ist der Schatten auch keine einheitliche Figur, sondern ebenso gestalt- und facettenreich wie die bewußte Persönlichkeit. Ganz allgemein umfaßt der Schatten auch das Ungelebte, noch nicht Verwirklichte, nicht nur das verdrängte Böse. Die schöpferischen Fähigkeiten vieler Menschen liegen in diesem Bereich der Dämmerung (*Seifert* 1981, S. 135f.).

Die zweite Teilpersönlichkeit, die hier erwähnt werden soll, wird *Anima* bzw. *Animus* genannt. Sie bezeichnet die unbewußten gegengeschlechtlichen Anteile der Persönlichkeit. Die Anima ist das Weibliche

im Mann, der Animus das Männliche in der Frau. Was das im einzelnen heißen mag, ist stark von der betreffenden Persönlichkeit und dem jeweiligen gesellschaftlichen Kontext abhängig. Ein Mann, der stark mit dem identifiziert ist, was seine Gesellschaft und Kultur als Männlichkeitsbild vorschreibt, wird nur wenig Eigenschaften entwickelt haben, die einer Frau zugeschrieben werden. In unserer Gesellschaft heißt das oft, daß seine Kommunikationsfähigkeit hinsichtlich persönlicher Belange, seine Einfühlungsfähigkeit und seine Beziehungsfähigkeit, seine Zärtlichkeit und Erotik, sein Zugang zu seinem Körper und zu seinen Gefühlen unentwickelt geblieben sind. Seine Anima, wie er ihr in seinen Phantasien, Träumen und in der Projektion auf eine Frau begegnet, wird deshalb alle Züge solcher undifferenzierten Weiblichkeit tragen. Die weiblichen Gestalten in seinen Träumen und Phantasien sind ein Spiegelbild dessen, wie er zum Weiblichen innen und außen steht.

Das gleiche gilt entsprechend für die Frau. Erscheint ihr z.B. in ihren Träumen das Männliche in Form von verfolgenden, bedrohlichen männlichen Gestalten, dann ist das ein Ausdruck dafür, daß in ihr in der Begegnung mit einem realen Mann eine solch geheime Angst wirksam ist, wie auch dafür, daß ihr das Zulassen und Umgehen mit eigenen männlichen Eigenschaften Schwierigkeiten macht. Dabei kann es sich bei diesen männlichen Eigenschaften im einen Fall um die Angst vor eigener Aggressivität und Triebhaftigkeit, im anderen Fall um fehlenden Mut, Risikobereitschaft und Eigeninitiative oder auch um eine gewisse Trägheit, geistig selbständig zu werden, handeln.

Die Analytische Psychologie bevorzugt solche bildhaften Begriffe wie *Schatten*, *Animus* und *Anima* gegenüber wissenschaftlich-abstrakten, weil sie lebens- und erlebensnäher sind. Wir erleben unsere Welt in ganzheitlichen, sinn- und bedeutungs-erfüllten Bildern, nicht in abstrakten Formeln und Begriffen. Es ist ein wichtiger Unterschied im Erleben und in der Beziehung zu sich selbst, ob man sich bei einer plötzlich auftretenden, psychisch bedingten Magenverkrampfung sagt: „Das ist eine Hypermotilität aufgrund einer vegetativen Dystonie" oder „Oh, du willst mir etwas mitteilen" und dann ein Gespräch mit seinem Magen beginnt, als sei er ein hilfreicher und intelligenter Dialogpartner. Physiologisch gesehen ist das unsinning, psychologisch gesehen dagegen sehr sinnvoll, weil man auf diese Weise Kontakt aufnimmt mit einem unbewußten Komplex und sich ernsthaft und verantwortlich mit ihm auseinandersetzt. Dieser Dialog mit dem Unbewußten, der auch von anderen Therapierichtungen eingesetzt wird (z.B. Gestalttherapie, Psychodrama, katathymes Bilderleben und neurolin-

guistisches Programmieren), mutet vielleicht wie ein Rückschritt ins magische Denken an, aus dem man sich doch gerade so mühsam befreit zu haben glaubt, ist aber einem ganzheitlichen Erleben und Verstehen viel näher und hat von daher eine größere verwandelnde Kraft. (Vgl. Abschnitt 5.1)

4.1.1.2 Das kollektive Unbewußte

Bei der Besprechung der Komplexe als den Strukturelementen des *persönlichen Unbewußten* wurden drei Ebenen voneinander unterschieden: Komplexe, die der persönlichen Lebensgeschichte entstammen, solche, die für die Gesellschaft charakteristisch sind und solche, die allen Menschen gemeinsam sind. Die letztere Gruppe von Komplexen gehört, da sie keine persönliche Erwerbung des Individuums darstellt, nicht mehr zum *persönlichen*, sondern zu dem von *Jung* sogenannten *kollektiven Unbewußten*. In der Analytischen Psychologie werden sie auch nicht mehr als Komplexe bezeichnet, sondern als *Archetypen*, als „à priori" bestehende Bedingungen des Bewußtseins und seiner Inhalte (*Jung* 1976c, § 118).

Alle Menschen besitzen einen gleichen Organismus, der gleiche Grundbedürfnisse hat (etwa die, die *Maslow* in seiner Bedürfnishierarchie beschreibt) und zu gleichen Funktionen (z.B. Sinneswahrnehmung, motorisches Verhalten, Sprachentwicklung, Gefühlserleben, Lern- und Denkvermögen, Gedächtnis, Willenshandlung, Intuition) befähigt ist. *Jung* (1976d, § 152) spricht auch von der „Menschenart des Menschen". Und überall auf der Welt stößt der Mensch mit seinen Bedürfnissen und Funktionen auf eine Umwelt (sei es die Objektwelt, die Kultur- und Gesellschaftswelt oder der Mitmensch), zu der er in Konflikt gerät. In Jahrmillionen seiner Geschichte hat der Mensch versucht, auf die Konflikte und Aufgaben, die ihm das Leben und sein Menschsein stellen, Lösungen und Antworten zu finden. Und ein Blick von den Anfängen der Menschheitsgeschichte bis zur Gegenwart zeigt, daß es im wesentlichen immer die gleichen Fragen und Probleme, wenn auch immer in neuem Gewande, sind, die der Mensch in Kultur, Wissenschaft und Religion bearbeitet hat: seine Beziehung zu den Naturmächten, der Umgang mit den Grundbedürfnissen und Trieben, das Problem von Gut und Böse, die Bewältigung von Konflikten mit anderen Menschen, die Frage der Beziehung zwischen Mann und Frau, Probleme der verschiedenen Lebensalter, der Umgang mit Unglück, Krankheit und Tod, die Beziehungen zum Transpersonalen und die Frage nach dem Sinn des Lebens.

Jede Gesellschaft und jeder Mensch sieht sich mit diesen archetypischen Grundfragen konfrontiert und muß seine Antwort darauf finden. Und wenn er sie gefunden hat stellt er fest — unter der Voraussetzung, daß es eine realitätsgerechte, lebensnahe und praktikable Antwort war —, daß sie nicht neu ist, sondern uralt. Die *Archetypen* sind nicht nur die latenten Verursacher des allgemeinmenschlichen Verhaltens und Erlebens, sondern sie bieten auch Lösungen der durch sie verursachten Konflikte an. Diese archetypischen Lösungen sind die besten, tragfähigsten und realitätsgerechtesten Antworten auf die archetypischen Grundprobleme. Dies sei an einem kleinen Beispiel verdeutlicht. Eine Patientin, die an der Unfähigkeit litt, sich den realen und projizierten Ansprüchen der Umwelt gegenüber deutlich abzugrenzen, so daß sie keinen eigenen Standpunkt und keine eigene Identität finden konnte, hatte in einer Phase verstärkter Depressionen folgenden Traum: „Vor mir steht eine unbekannte Frau. Sie macht mit ihrem rechten Fuß Kreisbewegungen von innen nach außen und sagt zu mir: ‚Du brauchst nur das zu machen, das genügt'." Eine bessere Antwort auf die Problematik der Patientin ist wohl kaum zu finden. Sie stellt eine symbolische Handlungsanweisung dar und eine Zielorientierung, die dem Leben der Patientin auf Jahre hinaus einen Sinn zu geben vermag, wenn sie ihr folgt. Die Kreisbewegung oder das Kreisziehen ist ein archetypischer Prozeß der Abgrenzung, der Unterscheidung, des Schutzes, der Konzentration und der Zentrierung. Es ist auch ein Symbol der in sich geschlossenen Ganzheit (vgl. Symbolik des Mandala, Abschnitt 3.1). Ob sich der Primitive in seinem Ritual tänzerisch im Kreis herum bewegt, um seine Konzentration und Kraft auf eine bevorstehende Aktion auszurichten, ob der Priester den Altar umschreitet, um einen heiligen Bezirk abzugrenzen, in dem sich das Göttliche zu offenbaren vermag, ob der Magier einen Schutzkreis um sich zieht, damit ihm die Dämonen nichts anhaben können, oder ob ein Mensch, der mit einem Problem beschäftigt ist, gedankenversunken im Kreis herumläuft, um damit sein Problem besser „umkreisen" zu können: in all diesen Verhaltensweisen offenbart sich das archetypische Wissen von der *Wirksamkeit der Umkreisung* als eines Mittels des Schutzes, der Konzentration und der Bewußtwerdung. Die archetypische Antwort auf die Depression und innere Leere der Patientin war die Aufforderung zur Abgrenzung und Unterscheidung von Fremdeinflüssen, zur Erhöhung der Konzentration auf sich selbst, um ihrer Neigung, sich gehenzulassen und mit ihrer Umwelt symbiotisch zu verfließen, entgegenzuwirken, und zur Zentrierung im eigenen weiblichen Selbst, damit sie ihren eigenen Standort, ihre Mitte und ihre Identität zu finden vermag.

Das Ich-Bewußtsein ist verantwortlich dafür, wie eine solche archetypische Handlungsanweisung in die Wirklichkeit des eigenen Lebens umgesetzt wird. Die eben genannte Patientin könnte sich z.B. ständig weiter mit der Symbolik der Umkreisung beschäftigen, indem sie darüber meditiert und künstlerisch gestaltet. Sie könnte in sie verunsichernden Situationen in ihrer Vorstellung einen Kreis um sich herum visualisieren, in dem sie sich stark, geschützt und geborgen fühlt. Sie könnte lernen, sich für eine bestimmte Zeit des Tages nur für sich selbst Zeit zu nehmen, sich eine persönliche Ecke in der Wohnung einzurichten oder sich ein eigenes Zimmer auszugestalten. Sie könnte sich häufig nach innen wenden und sich fragen: „Und was will ich eigentlich? Was möchte jetzt mein Selbst?" Oder sie könnte auch Übungen zur Erhöhung ihrer Selbstsicherheit durchführen, wie sie z.B. bei Selbstsicherheitstrainings vermittelt werden.

Das ist es, was in der Analytischen Psychologie als die *schöpferische Auseinandersetzung mit dem Unbewußten* bezeichnet wird. Die Informationen, die wir durch die archetypischen Strukturen erhalten, vermitteln keine Fix- und Fertigantworten, sie sind häufig noch dunkel und rätselhaft für das Bewußtsein wie das delphische Orakel. Erst durch den schöpferischen Prozeß, in dem das Ich-Bewußtsein sich auf die archetypischen Informationen einläßt und sie mit eigenen Mitteln zu gestalten und zu verwirklichen versucht, kann ihre Weisheit und ihr tiefer Sinn erfahren werden.

Das Wissen um die Wirksamkeit der archetypischen Strukturen bestimmt in der Analytischen Psychologie die Haltung und das Vorgehen des Therapeuten. Er verzichtet auf ein Vorher- und Besserwissen darüber, was dem Patienten helfen könnte, und versucht, ihn mit den Selbststeuerungskräften der archetypischen Wirkfelder und des Selbst in Verbindung zu bringen. Die *Archetypen* manifestieren sich, wie die Komplexe auch, in allen Lebensäußerungen: in den psychophysischen Prozessen des Organismus, in seinen Verhaltens- und Erlebensweisen oder als allgemeinmenschliche Symbole in den Phantasien und Träumen, aber sie reichen — im Gegensatz zu den Komplexen des persönlichen Unbewußten — weit über das Individuum hinaus: Sie bestimmen den Entwicklungsverlauf ganzer Kulturen und Menschen, lenken den Zeitgeist, sie stehen hinter den großen Ideen der Menschheit in Kunst, Philosophie, Wissenschaft und Religion.

„Unsere persönliche Psychologie ist nur eine dünne Haut, ein leichtes Kräuseln auf dem Ozean der kollektiven Psychologie. Der machtvolle Faktor, der Faktor, der unser Leben verändert, der die Oberfläche unserer bekannten Welt verändert und der Geschichte macht, ist die kollektive Psychologie, und die kollektive Psychologie bewegt

sich nach Gesetzen, die von denen unseres Bewußtseins von Grund auf verschieden sind. Die Archetypen sind die großen entscheidenden Mächte, sie bringen die echten Ereignisse hervor, und nicht unser persönlicher Verstand und praktischer Intellekt . . . Es sind ohne Zweifel die archetypischen Bilder, die das Schicksal des Menschen bestimmen" (*Jung* 1981.)

Der Archetyp wird in der Analytischen Psychologie nicht nur als Strukturelement der Psyche des Menschen aufgefaßt, sondern auch als Wirk-Feld, das jenseits der Psyche die Objekt-Welt beeinflußt. Indem das archetypische Feld den einzelnen sowohl mit dem Kollektiv als auch mit der Objekt-Welt verbindet und seine Wirksamkeit sich von den kleinsten Bausteinen der Materie bis hin zu den größten Errungenschaften des Geistigen erstreckt, weist es auf eine Einheitswirklichkeit hin, die Psyche und Welt, Innen und Außen, Oben und Unten als polare Ausdrucksformen des Einen erscheinen läßt (vgl. dazu auch Abschnitt 2.2 und 2.3). Der Bezug kann einen gemeinsamen Sinn offenbaren, der in den von *Jung* beschriebenen *Synchronisationsphänomenen* aufscheint (*Jung* 1976b).

4.1.2 Das Ich-Bewußtsein

Das *Ich* ist jene Instanz der Persönlichkeit, die der Träger des Bewußtseins von Außen- und Innenwelt und der eigenen Identität ist. Alle Erfahrungen können nur insofern bewußt sein, als sie auf ein Ich bezogen sind, das sie registriert und auf sie reagiert. Obwohl uns das Ich-Bewußtsein das bekannteste und vertrauteste Phänomen zu sein scheint, ist es doch wohl das größte Wunder von allen, und wir sind paradoxerweise weit davon entfernt, es zu verstehen. Wir können es deshalb nicht verstehen, weil wir mit ihm identifiziert sind. Man kann etwas nur erkennen, wenn man sich von ihm unterscheiden und es mit einer gewissen Distanz betrachten kann. Und obwohl dies gerade die Aufgabe des Ich-Bewußtseins ist, zu unterscheiden und zu erkennen, kann es dies nicht sich selbst gegenüber tun. Deshalb sind wir hinsichtlich des Verstehens des Ursprungs und der Struktur des Ich-Bewußtseins blind. Aufgrund der Unbewußtheit des Ich-Bewußtseins seinen eigenen Bedingungen gegenüber sprach *Jung* davon, daß man es als eine relativ konstante Personifikation des Unbewußten selber definieren könne. Kein System kann seine Funktion sich selbst gegenüber anwenden. Das Messer kann sich nicht selbst schneiden, das Auge sich nicht unmittelbar selbst sehen und das Ich, das die Funktion des Bewußtseins trägt, sich selbst gegenüber nicht bewußt sein.

Deshalb müßte man auch strenggenommen zwischen dem unerkennbaren Ich — dem *Archetyp des Ich* — und den Vorstellungen, die

das Ich von sich selbst erzeugt, unterscheiden. Nur mit letzteren haben wir es zu tun, wenn wir von unserem Ich sprechen.

Wir können aber immerhin eine Reihe von *Funktionen* angeben, die das Ich erfüllen muß, damit es seiner Aufgabe als Bewußtseinszentrum und als Vermittler zwischen den Bedürfnissen des Organismus und der Umwelt gerecht werden kann: die Fähigkeiten zur Sinneswahrnehmung und deren Verarbeitung, die motorische Steuerung, das Lernen, das Gedächtnis, das Sprechen und das Denken, das Fühlen, das Intuieren, die Fähigkeit zur Willenshandlung. Mit Hilfe dieser und vieler anderer Funktionen konstruiert sich das Ich-Bewußtsein ein mehr oder weniger stimmiges *Wirklichkeitsbild*, in dem die eigene Persönlichkeit, die Innen- und Außenwelt, ihren bestimmten Ort und Stellenwert erhalten. Wir haben es nicht mit der Realität zu tun, sondern immer nur mit Ein-Bildungen, mit *bildhaften Repräsentationen* einer uns unbekannten Wirklichkeit. Jeder von uns lebt in seiner eigenen subjektiven Welt. Wir entdecken das nicht, weil wir die gleichen Begriffe zur Verständigung verwenden und dabei voraussetzen, der andere Mensch würde unter dem Begriff das gleiche verstehen wie wir. Jeder Versuch einer tiefgehenden Begriffsklärung aber zeigt, daß nichts weniger der Fall ist.

„Alle Urwelten vor den Menschen waren physisch vorhanden. Sie waren ein namenloses Geschehen, aber kein bestimmtes Sein, denn es gab jene minimale Konzentration des ebenfalls vorhandenen Psychischen noch nicht, welche das Wort aussprach, das die ganze Schöpfung aufhob: Das ist die Welt und das bin ich. Das war der erste Tag der Welt, der erste Sonnenaufgang nach dem Urdunkel, als jener bewußtseinsfähige Komplex, der Sohn der Dunkelheit, das Ich erkennend Subjekt und Objekt schied und damit der Welt und sich selber zum bestimmten Sein verhalf, denn er gab ihr und sich selber Stimme und Name". (*Jung* 1972a, § 125)

Im Gegensatz zu der in den östlichen Philosophiesystemen häufig anzutreffenden Ich-Verneinung, die vermutlich mit einer Identifizierung des Ich mit den grundlegenden triebhaften Bedürfnissen des Organismus zusammenhängt, faßt die Analytische Psychologie die Ich-Bewußtseinsinstanz als ein fundamentales Seins-Prinzip auf, ohne das es keine Welterfahrung gibt. Deshalb ist das Ziel der analytischen Psychotherapie immer auch eine Ich-Bewußtseins-Veränderung und -Erweiterung in dem Sinne, daß das Ich-Bewußtsein immer mehr in die Lage versetzt wird, der Gesamtheit der polaren Lebensanforderungen so gut wie möglich angepaßt zu sein. Diese Angepaßtheit an die Wirklichkeit des Lebens, wie und was auch immer sie sein mag, ist keine konformistische Anpassung an eine bestimmte Gesellschaftsordnung o. ä., sondern vielmehr ein schöpferischer Prozeß der Auseinandersetzung mit dem Sein, in dem Aspekte der uns unbekannten Realität ständig neu gestaltet und erfahren werden.

Dazu bedarf das Ich zweier *grundlegender Fähigkeiten*, die für alle lebenden, wachsenden und sich verändernden Systeme notwendig sind. Die erste Fähigkeit ist die zur *Abgrenzung*, Abschließung und Unterscheidung, wodurch es die psychischen Inhalte strukturiert und ordnet und der Gefahr widersteht, sich von der Überfülle der einfließenden Reize und Informationen zersetzen und auflösen zu lassen (*Ich-Stabilität*). Die zweite Fähigkeit ist die des *Offenseins* gegenüber neuen Erfahrungen und Informationen, denen es sich auszuliefern vermag, um sich wandeln und erweitern zu lassen (*Ich-Flexibilität*). Ich-Stabilität und Ich-Flexibilität sind zwei wesentliche Kriterien des gesunden Funktionierens der Ich-Instanz. Bei allen psychischen Störungen ist dieses dialektische Wechselspiel eingeschränkt oder aufgehoben, so daß aus der Ich-Stabilität eine Ich-Verkrampfung und Ich-Starre geworden ist und aus der Ich-Flexibilität eine Ich-Desorientierung und Ich-Auflösung.

Die Analytische Psychologie betrachtet die Ich-Bewußtseins-Instanz noch unter einem anderen Aspekt. Das Ich ordnet seine Welt und orientiert sich in ihr hauptsächlich mit Hilfe der folgenden *vier Funktionen*: mit der *Wahrnehmung* (*Empfindung*), die uns vermittelt, daß etwas da ist und wie es beschaffen ist, mit dem *Fühlen*, das uns sagt, wie wir den Sachverhalt persönlich erleben, ob angenehm oder unangenehm, ob gut oder schlecht, mit dem *Denken*, das uns sagt, was das für ein Sachverhalt ist und diesen begrifflich einordnet und schließlich mit der *Intuition*, die uns über die Möglichkeiten, die in dem Sachverhalt stecken, sein Woher, sein Wohin, informiert. Die mit diesen vier Grundfunktionen verbundenen Gesetzmäßigkeiten bilden ein sehr hilfreiches und praktikables *System der therapeutischen Diagnostik und Intervention*, auf das leider an dieser Stelle nicht näher eingegangen werden kann (vgl. 5.3. und auch *Franz/Hillmann* 1980, *Meier* 1977). In der Regel hat ein Individuum nur eine oder zwei dieser Funktionen gut ausgebildet, die es dann mit einer mehr *extravertierten* oder *introvertierten* Einstellung verbindet, während die restlichen eher undifferenziert und unentwickelt bleiben. Das bedeutet aber, daß die Welterfahrung demgemäß einseitig und eingeschränkt sein muß und der Fülle des Lebens nicht gerecht werden kann. Ich-Bewußtseins-Erweiterung läuft deshalb immer über die Differenzierung und Ausgestaltung der bisher undifferenzierten Funktionen (Denken, Fühlen, Empfinden und Intuieren) und der nicht gelebten *Einstellung* (Extraversion oder Introversion). Die Analytische Psychologie unterscheidet demzufolge einen *Funktionstypus* und einen *Einstellungstypus* (*Jung* 1978a, bes. Kap. 10).

4.1.3 Das Selbst

Das Selbst ist ein fundamentaler Begriff der Analytischen Psychologie. Er wird von ihr in einem viel umfänglicheren Sinne verwendet, als es dem alltäglichen Sprachgebrauch, wo er hauptsächlich die Ich-Instanz bezeichnet, entspricht. Auch darf er nicht mit dem Selbstbegriff der neueren psychoanalytischen Theorien verwechselt werden. Während das Ich der Mittel- und Bezugspunkt des sich selbst bewußten Persönlichkeitsteiles ist, ist das Selbst das Zentrum der ganzen Persönlichkeit, es umfaßt alle Bereiche des Bewußtseins wie des Unbewußten. Das Selbst ist die *zentrale Steuerungsinstanz* im Menschen, die mit dem Augenblick der Befruchtung der Eizelle wirksam wird und alle weiteren Entwicklungsprozesse körperlicher wie psychischer Art strukturiert. Es verfügt über alle in den Genen gespeicherten Informationen und ist im Besitz eines inneren Zielplanes, der alle Funktions- und Entfaltungsmöglichkeiten des Individuums enthält. Da weite Bereiche des Selbst unbewußt sind und auch immer unbewußt bleiben werden, ist es nur zum kleinen Teil empirisch erfahrbar, der andere Teil bleib hypothetisch.

Die Möglichkeiten, die im Selbst als Potenz angelegt sind, hängen in ihrer Realisierung von Umwelt- und Gesellschaftsverhältnissen ab, besonders aber auch von der Beschaffenheit des Ich-Bewußtseins und seiner Fähigkeit, sich ihnen gegenüber zu öffnen und sie zu realisieren. Das Ich ist der bewußte Repräsentant des Selbst, sein Auge, mit dessen Hilfe das Selbst sich selbst zu erkennen vermag. Zwischen Ich und Selbst besteht deshalb ein *dialektisches und kompensatorisches Abhängigkeitsverhältnis* (*Seifert* 1981, Kap. 11).

Das Selbst hat nicht nur einen persönlichen Aspekt — als Mitte der Persönlichkeit —, sondern auch einen unpersönlichen, kollektiven. Dann ist der Urgrund allen Seins das Eine, das Atman der indischen, das Tao der chinesischen Philosophie, das Gold und der Stein des Weisen der Alchemie, das En-Sof der kabbalistischen Tradition. Es entspricht auch den Gottesvorstellungen der verschiedenen Religionen. So hat *Jung* auch Christus als ein Symbol des Selbst aufgefaßt und damit viele Mißverständnisse und Angriffe von theologischer Seite hervorgerufen (*Jung* 1976g, Kap. 5). Dabei ist aber zu beachten, daß *Jung* als Psychologe argumentiert und nur von dem spricht, was als psychisches Phänomen vom Menschen erfahren wird. Über einen möglichen metaphysischen Hintergrund, dem Sein und dem Göttlichen an sich, macht er keine Aussagen. Auch ist das Selbst nur eine Modellvorstellung, die sich aus ganz bestimmten Wirkungen und

menschheitlichen Erfahrungen herleitet. Zu diesen Erfahrungen gehören auch die Aussagen der Religionen und der transpersonalen Systeme.

Jung schreibt, daß durch die Auflösung der archetypischen Inhalte und deren Bewußtmachung der Mensch zu sich selbst zurückgeführt wird, als einem seienden und lebenden Etwas, das zwischen zwei Weltbildern und ihren nur dunkel geahnten, aber um so deutlicher empfundenden Kräften eingespannt ist.

„Dieses Etwas ist uns fremd und doch so nah, ganz uns selber und uns doch unerkennbar, ein virtueller Mittelpunkt von solch geheimnisvoller Konstitution, daß es alles fordern kann, Verwandtschaft mit Tieren und mit Göttern, mit Kristallen und mit Sternen, ohne uns in Verwunderung zu setzen, ja ohne unsere Mißbilligung zu erregen ... Ich habe diesen Mittelpunkt als das Selbst bezeichnet. Intellektuell ist das Selbst nichts als ein psychologischer Begriff, eine Konstruktion, welche eine uns erkennbare Wesenheit ausdrücken soll, die wir als solche nicht erfassen können, denn sie übersteigt unser Fassungsvermögen, wie schon aus ihrer Definition hervorgeht. Sie könnte ebensowohl als „der Gott in uns" bezeichnet werden. Die Anfänge unseres ganzen seelischen Lebens scheinen unentwirrbar aus diesem Punkte zu entspringen und alle höchsten, letzten Ziele scheinen auf ihn zuzulaufen. Dieses Paradoxon ist unausweichlich, wie immer, wenn wir etwas zu kennzeichnen versuchen, was jenseits des Vermögens unseres Verstandes liegt." (*Jung* 1974, S. 398ff.)

4.2 Entwicklungstheorie: Die Individuation

Der zentrale Ansatz für die Entwicklungstheorie der Analytischen Psychologie ist der *Individuationsprozeß*. Individuation heißt, zu dem zu werden, der man ist, und meint einen Differenzierungsprozeß, der die Entfaltung aller Fähigkeiten und Anlagen und Möglichkeiten eines Indivduums durch stufenweise Bewußtwerdung und Realisierung des Selbst zum Ziel hat. Die Individuation beginnt mit der Zeugung und endet mit dem Tod, oder auch dann noch nicht.

Es lassen sich zwei große Hauptabschnitte unterscheiden, die man als *Ich-Werdung* und als *Selbst-Werdung* bezeichnen könnte. Aus der oben dargestellten Beziehung zwischen der Ich-Instanz und dem Selbst ging hervor, daß zwischen beiden eine wechselseitige Abhängigkeit besteht. So ist im Grunde jede Ich-Werdung zugleich eine Selbst-Werdung und jede Selbst-Werdung eine Ich-Werdung. Dennoch aber ist es sinnvoll, sie theoretisch voneinander zu unterscheiden. Bei der Ich-Werdung liegt der Schwerpunkt auf der Entwicklung und Differenzierung der Funktionen der Ich-Instanz und der individuellen Persönlichkeit, während bei der Selbst-Werdung die Betonung auf der Auseinandersetzung des Ich und dessen Erweiterung mit den unbewußten Bereichen des kollektiven Unbewußten wie des Selbst liegt.

4.2.1 Die Entwicklung des Ich-Bewußtseins

Die Analytische Psychologie teilt die Auffassung der Tiefenpsychologie und der modernen Ich-Psychologie (z. B. *Blanck* und *Blanck* 1978, 1980) von der Entwicklung des Menschen bis zum Erwachsenenalter, ergänzt und erweitert diese theoretischen Modelle aber noch durch zwei Gesichtspunkte. Der eine ist die Vorstellung von der *Ich-Entwicklung aus dem Selbst*, wobei diese ganzheitlich und umfassend gesehen wird und nicht nur einen Aspekt (z.B. Sexualität, Machtstreben oder Selbstwert) hervorhebt. Der zweite Gesichtspunkt bezieht sich darauf, daß die Ich-Bewußtseins-Entwicklung sich *entlang vorgeprägten archetypischen Mustern* vollzieht. Das Gelingen oder Mißlingen dieser archetypischen Entwicklungsschritte entscheidet über die psycho-physische Gesundheit. Wir wollen versuchen, die spezifischen Ansätze der Analytischen Psychologie hinsichtlich der Entwicklungstheorie, die besonders von *Erich Neumann* (1963, 1972 a), einem kongenialen Schüler *Jungs*, systematisiert wurde, zusammenfassend darzustellen (vgl. dazu auch Abschnitt 3: das Mandala).

Der Ausgangspunkt ist die *unbewußte Ganzheit des Selbst*. In ihm sind, wie wir oben dargestellt haben, alle Funktions- und Entfaltungspotenzen der Persönlichkeit enthalten. Das Selbst beginnt seine steuernde und organisierende Funktion mit der ersten Zellteilung. Wann allerdings die ersten *Ich-Keime* wirksam werden und das Embryo psychisch zu reagieren und zu verarbeiten beginnt, ist noch ungeklärt. Wir können nicht wissen, in was für einem Zustand sich der Mensch im Mutterleib vor seiner Geburt befindet, aber wir können auf diesen Zustand schließen, indem wir die Erlebensweisen kleiner Kinder und die Erfahrungen mit regressiven Prozessen berücksichtigen, wie sie u. a. durch tiefenpsychologische Therapieformen, Hypnosen und Drogen erzeugt werden. Daraus läßt sich ableiten, daß sich der Mensch längere Zeit vor und auch noch eine bestimmte Zeit nach seiner Geburt in einem Zustand totaler Unbewußtheit befindet, in der Welt des kollektiven Unbewußten, einer magisch-mythischen Vorwelt, die alles andere als eine tabula rasa ist, sondern erfüllt von allen gespeicherten menschheitlichen Erfahrungen und urtümlichen Bildern. Es ist die Ebene der archetypischen Struktur, in der zeitlos alles Wissen der Vergangenheit und der Zukunft in mächtigen symbolischen Bildern aufbewahrt ist. Aus diesem Bereich stammen alle großen schöpferischen Ideen der Menschheit, ihre Mythologien und Märchen, ihre Religionssysteme und Philosophien, ihre Kunst, Kultur und Wissenschaft.

Der Mensch befindet sich im unbewußten Besitz der Geheimnisse der Schöpfung. Eine alte kabbalistische Legende beschreibt diesen

Sachverhalt sehr eindrucksvoll. In ihr wird die ungeborene Seele von einem Engel durch alle Geheimnisse der jenseitigen Welt (die Welt des kollektiven Unbewußten), durch Paradies und Hölle geführt.

„Im Augenblick der Geburt aber, des Eintritts in das Diesseits, verlöscht der Engel das Licht des Wissens, das über dem Haupt der Seele geleuchtet hat, und eingeschlossen in den irdischen Keim tritt sie ein in diese Welt ohne das große Wissen, aber immer bestrebt, es zurückzugewinnen." (zit. nach *G. Adler* 1952, S. 135)

Diese Vorstellung von der vorgeburtlichen Teilhabe der menschlichen Seele am Urwissen der Menschheit, die sich auch in vielen Mythologien findet, erhält eine moderne Bestätigung nicht nur in den Erkenntnissen der Analytischen Psychologie, sondern auch durch die faszinierenden Entdeckungen der LSD-Forschung, wie sie *Grof* (1978) durchgeführt hat. Vom tiefenpsychologischen Standpunkt aus aber muß man vermuten, daß die Erfahrungen, die mit LSD oder Rückführung durch Hypnose in solche vorgeburtlichen Stadien gemacht wurden, nicht tatsächliche Erinnerungen an frühere vorgeburtliche Zustände sind, sondern aktuell erlebte Begegnungen mit dem kollektiven Unbewußten, dessen Wirksamkeit und Einfluß das ganze Leben über bestehen bleibt. *Neumann* hat diesen vorgeburtlichen Seins-Bereich als *Einheitswirklichkeit* bezeichnet. In ihm sind alle Gegensätze: Paradies und Hölle, Tag und Nacht, Oben und Unten, Positives und Negatives usw. voneinander ungeschieden enthalten, es herrscht Raum- und Zeitlosigkeit.

Auch bei sanftestem und kindgemäßestem Vorgehen bezeichnet die Geburt ein entscheidendes Trauma. Was sich mit großer Wahrscheinlichkeit bereits vor der Geburt vorzeichnete, wird jetzt manifest: die Austreibung aus einem Zustand der ganzheitlichen Urgeborgenheit und Einheit in eine Welt der existentiellen Bedrohung und Gegensätzlichkeit, die Trennung des Ich vom Selbst. Der Verlust des Selbst und der mit ihm verbundenen Einheitswirklichkeit wird aber nach der Geburt durch zwei Faktoren ausgeglichen: durch den Bezug des Kindes zu einer mütterlichen Beziehungsperson und die ständige Rückkehr ins Selbst.

Wenn man die Mutter-Kind-Beziehung nur von außen und vom Erwachsenenbewußtsein her betrachtet, wird man dem kindlichen Erleben nicht gerecht. Dieser Ansatz muß durch eine archetypische Sichtweise ergänzt werden. Das Kind lebt im ersten Lebensjahr und danach nicht in einer Welt der von ihm getrennten und unterscheidbaren Objekte, sondern in einer symbiotischen Beziehung zu ihnen. Die mütterliche Bezugsperson, die im besten Falle natürlich die leibliche Mutter wäre, die liebevoll und empathisch auf ihr Kind eingestellt ist,

aber auch eine andere Person sein kann (Vater, Großmutter, Schwester, Pflegemutter etc.), wird zum projizierten Träger des Selbst. Der Kontakt und die Beziehung zu ihr stellt für das Kind immer wieder eine Rückversicherung zum Selbst dar. Das Kind lebt mit seiner Mutter in einer Einheit, einer Dual-Union. Diese Art der Beziehung hat *Neumann* (1963) als *Ur-Beziehung* bezeichnet, deren Beschaffenheit das Muster für alle späteren Beziehungsformen liefert, sei es die Beziehung zum Selbst, zum Körper, zur eigenen Person oder sei es die zum Du und zur Welt. In dieser Phase dominiert der *Mutter-Archetyp*, d. h. das Kind erfährt seine Mutter nicht in ihrer personalen Existenz, als durchschnittliche Frau mit Vorzügen und Fehlern, sondern in ihrer archetypischen Urform als *Große Mutter*, als Herrin über alles Leben und alles Wachstum. Aufgrund seiner Unbewußtheit, Kleinheit und Abhängigkeit wird die persönliche Mutter zu einer numinosen, allmächtigen Mutter-Göttin überhöht, die über Wohl und Weh des Kindes entscheidet.

Erst in späteren Jahren gelingt allmählich eine Unterscheidung zwischen diesem archetypischen Urbild und der realen Mutter, was die Voraussetzung zur weiteren Ich-Bewußtseins-Entwicklung und zur Selbständigwerdung ist. Bei vielen Menschen bleibt die Überhöhung der Mutter infolge einer archetypischen Projektion ein Leben lang bestehen. Das zeigt sich in verschiedenen Formen der Mutter-Verehrung und -Idealisierung (z. B. beim Muttertag). Auch bei den pathologischen Formen negativer Mutterkomplexe, die auf eine Störung der frühen Mutter-Kind-Beziehung zurückzuführen sind, ist es nicht die Erinnerung an die reale Mutter, die die Welt bedrohlich macht und den Menschen sich als hilflos, klein und ausgeliefert empfinden läßt. Die eigentliche Ursache ist in der Fixierung an projizierte, archetypische negative Mutterbilder zu suchen, die in der Seele des Menschen seit Kindheitstagen wirksam sind. In den Träumen, Phantasien und Bildern tauchen dann fressende, tötende, verschlingende oder gefangensetzende Gestalten und Wesen auf, wie sie schon seit Urzeiten in Mythologien und Märchen beschrieben werden. Eine moderne Version ist dazu z. B. ein alles verschlingendes, Menschen und Häuser in sich hineinsaugendes Müllauto, das im Traum einer magersüchtigen Patientin erschien. Wenn im Verlauf eines therapeutischen Prozesses zunehmend die personale Mutter hinter diesen Urbildern auftaucht, dann ist das als Entwicklungsfortschritt zu werten, der anzeigt, daß das Ich-Bewußtsein stärker wird und die Macht der negativen archetypischen Mutteraspekte nachläßt.

Auch bei einer durchschnittlich fördernd verlaufenden Urbeziehung fühlt sich das Kind noch lange Zeit den mächtigen Bildern des kollektiven Unbewußten ausgeliefert. In dem Maße, in dem es sein Ich-Bewußtsein entwickelt, beginnt es diese magisch-mythische Welt zu fürchten, weil deren Übermacht sein kleines, schwaches Ich auslöschen könnte. Die seltsamen Rituale der Kleinkinder, z. B. beim Schlafengehen oder im Umgang mit der Dunkelheit, die wir als Erwachsene gern belächeln, da wir die Nöte und Ängste unserer Kindheit verdrängt haben, sind notwendige Abwehr- und Schutzzeremonien zur Stärkung und Aufrechterhaltung des Ich-Bewußtseins. Auch die Abwehrmechanismen des Ichs — z. B. Verdrängung, Abspaltung, Reaktionsbildung, Projektion usw. — dienen zunächst dem Ich-Aufbau, da sich das Ich-Bewußtsein nur durch Trennung, Unterscheidung, Abgrenzung entwickeln kann.

Im Verlaufe der Ich-Stärkung, z. B. durch Erlernen der motorischen Aktivitäten und der Sprache, verliert das archetypische Mutterbild an Dominanz. Das Selbst, das zunächst ausschließlich auf die Mutter projiziert war, teilt sich auf, d. h. weitere Bezugspersonen der Familie, Vater, Großeltern, Geschwister, Verwandte etc., werden in ihrer Gesamtheit zu projizierten Trägern des Selbst, was bedeutet, daß auch sie zunächst archetypisch überhöht erlebt werden. In der Analytischen Psychologie spricht man deshalb auch vom *Vater-Archetyp*, vom *Bruder-* oder *Schwester-Archetyp* oder auch vom *Archetyp der Familie* (*Jung* 1972d, S. 152).

Das Selbst wird aber nicht nur auf die Familienmitglieder und später dann auf andere wichtige Bezugspersonen wie Kindergärtnerin, Lehrer, Partner projiziert, sondern auch auf nichtmenschliche Objekte der Außenwelt, wodurch diese faszinierend und begehrenswert werden. Im Erreichen dieser Objekte erhofft sich das Kind — und später auch der erwachsene Mensch — unbewußt eine Wiederherstellung der Ganzheit des Selbst. Die Ich-Bewußtseins-Entwicklung führt zu einer immer feiner werdenden Differenzierung des Selbst in seine Polaritäten. Das Ich-Bewußtsein wirkt wie eine Streulinse, die das weiße Einheitslicht des Selbst in seine Spektralfarben auflöst. Dadurch werden die verschiedenen Aspekte des Selbst unterscheidbar, erfahrbar, begrifflich erfaßbar und können vom Ich-Bewußtsein assimiliert werden. Aber nicht alle Inhalte des Selbst können integriert werden, denn für die Ich-Bildung ist es unabdingbar erforderlich, daß sich das Individuum mit bestimmten Werten identifiziert und andere, diesen entgegenstehende Werte abspaltet und abwehrt. Diese Abspaltung ist einmal ein Produkt der Begegnung des Individuums mit der Welt und zum

anderen ein Produkt seiner Auseinandersetzung mit den Kollektiv-Normen und Kultur-Werten, die ihm durch seine Bezugspersonen vermittelt werden. Dadurch lernt es ganz bestimmte Verhaltens- und Erlebensbereiche als gut oder böse, als richtig oder falsch, als erstrebenswert oder abzulehnend zu unterscheiden, zu kultivieren oder zu verdrängen. Dieser Lernvorgang entspricht der Bildung der Komplexe und des Schattens.

Durch die Introjektion der Kollektiv-Normen (Über-Ich, Ideal-Ich), kommt es zur Entstehung jener Persönlichkeitsaspekte, die in der Analytischen Psychologie Persona, Schatten und Animus / Anima genannt werden.

Die *Persona* ist derjenige Teil der Persönlichkeit, mit dem sich das Individuum den äußeren Rollen, Verhaltens- und Einstellungserwartungen der gesellschaftlichen Umwelt gegenüber anpaßt. Eine gesunde Persona ist für ein relativ reibungsloses Leben innerhalb des gesellschaftlichen Gefüges von Beziehungen und Interaktionen erforderlich. Die überstarke Identifizerung mit einer Persona oder ihr Fehlen führen zu psychischen Störungen. Im ersten Fall wird die Persona zu einer Fassade, hinter der die eigene Persönlichkeit erstickt und sich von sich selbst entfremdet. Im zweiten Fall führt die fehlende gesellschaftliche Integration zu einer Außenseiterposition, die das Finden der Identität erschwert oder unmöglich macht.

Eng mit dem Aufbau der Persona ist der der *Geschlechtsrolle* verbunden. Auch hierbei ist wiederum in gewissen Grenzen eine Abspaltung der gegengeschlechtlichen Anteile erforderlich, um eine eigene Geschlechtsidentität entwickeln zu können. Die von daher nicht entwickelten und verdrängten gegengeschlechtlichen Seiten (*Animus/Anima*) werden in der Projektion auf einen gegengeschlechtlichen Partner gesucht und erfahren und stellen eine Grundbedingung der Beziehungssuche dar.

Schließlich entsteht auch der *Schattenbereich* aufgrund der Verdrängung der mit den familiären und kollektiven Normen nicht übereinstimmenden Persönlichkeitseigenschaften.

Die Ich-Bewußtseins-Entwicklung und damit der Identitätsfindungsprozeß des Individuums im Ich ist also im optimalen Falle durch die fruchtbare Beziehung und Ergänzung zweier Einflußgrößen, dem Selbst und der Umwelt, gewährleistet. Das Selbst steuert die Ich-Entwicklung durch psycho-physische, innere Funktionen und Bedürfnisse wie auch durch seine Erfahrbarkeit in der Projektion auf äußere Objekte, so daß nach und nach ganz bestimmte Selbst-Aspekte vom Ich integriert werden können. Welche Aspekte dies sind, wird in gewis-

sem Ausmaß durch die Umwelt gesteuert. Umwelt und Kollektivnormen selektieren im Sozialisationsvorgang aus der Fülle der im Selbst angelegten Möglichkeiten die gesellschaftsspezifischen Anteile heraus und erzeugen damit eine Identität, die im besten Falle an beidem teilhat.

Das Ziel der Ich-Bewußtseins-Entwicklung, die im Idealfall in der Lebensmitte (35.-40. Lebensjahr) erreicht ist, könnte folgendermaßen zusammengefaßt werden: Das Ich-Bewußtsein hat sich in genügendem Maße von der unbewußten Selbst-Instanz distanziert, um in gewissem Rahmen autonom, selbst-bewußt und eigenverantwortlich sowohl eigenen persönlichkeitsgemäßen Ansprüchen als auch denen der Gesellschaft gegenüber gerecht werden zu können. Es ist im Besitz einer Identität, die vor allem durch die Sicherheit der integrierten sozialen wie der persönlichkeits- und geschlechtsspezifischen Rollen gewonnen wurde. Diese macht es möglich, die beruflichen, sozialen und partnerschaftlichen Funktionen befriedigend und relativ störungsfrei zu erfüllen. Die gut entwickelte *Persona* ermöglicht einen flexiblen, angemessenen sozialen Umgang, hinter der aber die Persönlichkeit des Individuums immer noch deutlich erlebbar bleibt. Das Ich-Bewußtsein verfügt über so viel Stärke, daß es sich sowohl äußeren Ansprüchen gegenüber abzugrenzen als auch ihre Energien (z. B. Triebe und Affekte) zu kanalisieren weiß. Es hat ein oder zwei der vier Hauptfunktionen entwickelt und zeigt eine der beiden Einstellungsweisen (mehr oder weniger introvertiert oder extravertiert).

Die Ich-Flexibilität ermöglicht ein Offensein für neue Erfahrungen, Verhaltensweisen und Lernmöglichkeiten sowie die ständige Integration unbewußter Inhalte (schöpferische Handlungs- und Wachstumsfähigkeit des Ich).

4.2.2 Die Selbstverwirklichung

Mit dem Erreichen einer vornehmlich gesellschaftlich bedingten Identität und der Erfüllung der zur Sicherung und Aufrechterhaltung der Gesellschaft erforderlichen Leistungen (soziale Verantwortung, Beruf, Familiengründung und Kindererziehung etc.) ist für viele Menschen der Lebenssinn erreicht, ihr Leben spielt sich jetzt nur noch in den gesellschaftlich vorgegebenen Bahnen ab, auch spüren sie keine Veranlassung, nach anderen Lebenssinnmöglichkeiten zu suchen. Das Bedürfnis nach Sicherheit und Ordnung des Lebensablaufs wird vorherrschend. Die gesellschaftlichen Angebote zur weiteren Lebensgestaltung zielen nicht auf Persönlichkeitserweiterung und -wandlung ab, sondern auf eine Wiederholung und Variation des bereits Bekann-

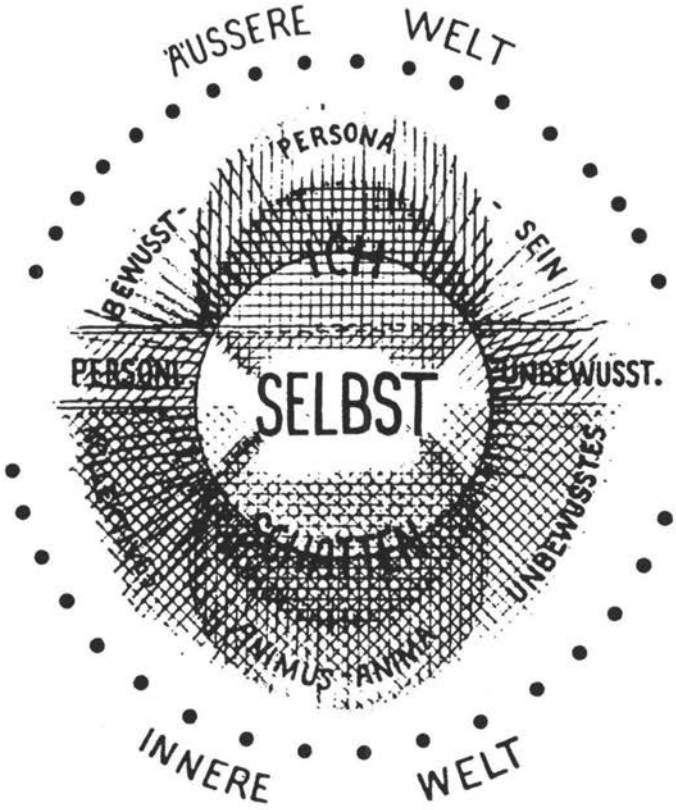


Abb. 2: Strukturmodell der Gesamtpersönlichkeit
Aus: *Jacobi, J.*, Psychologie von C. G. Jung, Olten 1972, S. 152ff.

ten und Gegebenen. Nur relativ wenige Menschen stellen sich in der Lebensmitte und danach, meist aufgerüttelt durch eine Not oder Krise, die bange Frage nach dem, wie es jetzt weitergehen soll. Deswegen ist für die meisten Menschen das besondere Anliegen *Jungs* und der Analytischen Psychologie fremd geblieben. Die Individuation im Sinne der Selbstverwirklichung als Antwort auf die Frage nach dem *weiteren Lebenssinn* ist so sehr das zentrale Thema in *Jungs* Lebenswerk, daß es im Rahmen dieser Einführung nicht möglich ist, sie differenziert genug darzustellen (vgl. den im Quellenband wiedergegebenen Aufsatz von *Franz* : Der Individuationsprozeß, 1968). An dieser Stelle können

wir nur eine übersichtshafte, mehr formale Beschreibung geben. Während die Ich-Bewußtseins-Entwicklung notwendigerweise mit der Abspaltung und dem Unbewußtlassen ganz bestimmter Selbstanteile verbunden war, kommt es bei der Selbst-Verwirklichung nun zu einem umgekehrten Prozeß, in dem sich das Ich-Bewußtsein den unbewußt gebliebenen Selbstanteilen aussetzt und sich von ihnen erweitern und relativieren läßt.

Im einzelnen bedeutet dies die Bewußtmachung unbewußter Komplexe, die Auseinandersetzung mit der Persona und dem eigenen Schatten und die Herstellung einer Beziehung zum inneren Gegengeschlecht (Animus / Anima). Die Bewußtmachung der Persona dient der Unterscheidung zwischen den Seiten der Persönlichkeit, die das Ergebnis der Anpassung an die Kollektivwerte sind, und jenen, die dem (eigenen) Selbst entstammen. Eng damit verbunden ist die *Integration* des persönlichen Schattenbereiches, wobei der Mensch seine eigenen negativen und minderwertigen oder bisher ungelebten Seiten erfährt und allmählich ihre Projektion auf Sündenböcke in der Umwelt zurücknimmt. Er wird sich jetzt selbst zur moralischen Aufgabe, dadurch aber auch toleranter, verständnisvoller und menschlicher. Die Herstellung einer Beziehung zum inneren Gegengeschlecht macht insofern im tieferen Sinne beziehungsfähig, als der Partner nunmehr eher in seiner Wirklichkeit gesehen und angenommen werden kann, weil die die partnerschaftlichen Beziehungen überlagernden Animus / Anima-Projektionen zumindest teilweise zurückgenommen werden können. Auch erschließt die Entwicklung der gegengeschlechtlichen Seite neue Erlebens- und Erfahrungsmöglichkeiten, wie wir an anderer Stelle (S. 196f) gezeigt haben. Schließlich führt auch die Rücknahme der Selbst-Projektion auf äußere, materielle Objekte (wie sie etwa beim Macht- und Besitzstreben vorliegt) zu einer Befreiung von der Abhängigkeit und Bindung an diese und zu einer objektiveren Wahrnehmung der äußeren Realität.

Wer es wagt, die bisher unbewußten Seiten des Selbst bewußt werden zu lassen, der spürt, daß er nicht so eindeutig ist wie er glaubte. Er erfährt die Polaritätsnatur des Selbst, wird nach und nach von den Polaritäten hin- und hergerissen. Er spürt in mehr als einer Hinsicht die Faustschen zwei Seelen in seiner Brust. Die Bewußtmachung des Selbst erzeugt nun gerade jene Konflikte, die man durch ihr Unbewußthalten zu vermeiden versucht hatte. Deshalb stürzt dieser Prozeß das Ich-Bewußtsein in einen meist qualvollen Zustand der Konflikthaftigkeit, der Verunsicherung, der Hilflosigkeit und Desorientierung, der Dunkelheit. Das Ich-Bewußtsein geht den leidvollen Weg der Kreuzigung,

des Ausgespanntseins zwischen den Polaritäten der Psyche. Jeder Mensch, so sagt *Jung*, der auch nur annähernd seine eigene Ganzheit sein möchte, weiß genau, daß sie eine Kreuztragung bedeutet (*Jung* 1976g, §§ 79 und 125).

Deshalb kann auch den mit ihr verbundenen Leiden nicht ausgewichen werden. Es gilt vielmehr, die Konfliktspannung so lange auszuhalten, bis eine Vereinigung der an ihr beteiligten Polaritäten auf höherer Ebene möglich wird. (Die Kreuzstruktur im Mandala, das wir in Abschnitt 3 kurz besprochen hatten, weist auf diesen ganzen Prozeß hin.) Das Selbst kann sich im Ich-Bewußtsein nur dann ganzheitlich manifestieren, wenn dieses stark genug ist, eine psychische Kreuzigung zu erleiden. Das ist gleichbedeutend mit einem allmählichen Absterben der bisherigen Ich-Bewußtseinswerte und -Einstellungen, die aufgrund der Konfrontation mit der Polarität und *Paradoxität des Selbst* als relativ erfahren werden. Der möglicherweise verhärtete und einseitige Standpunkt des Ich wird auf diese Weise aufgeweicht. Es spürt, daß es immer weniger in der Lage ist, aus eigener Kraft eine Lösung der es überwältigenden Probleme zu finden. Im Eingeständnis der eigenen Hilflosigkeit, Schwäche und Ausgeliefertheit kommt das Ich zu einer demütigen Haltung, in der es sich den schöpferischen und Gegensatz vereinigenden Impulsen des Selbst öffnet.

Jeder neue bewußtwerdende Inhalt setzt das Ich-Bewußtsein in kleinerem oder größerem Umfang diesem Stirb- und Werde-Prozeß aus. Aus der Erfahrung vieler solcher psychischer Tode und Wiedergeburten (vgl. *Jung* 1976e, Kap. 5) gewinnt der Mensch nach und nach Vertrauen zum Selbst, das er als einen tragenden Grund erfährt. Das *Kreuz* ist nicht nur ein Symbol des Opfers und des Leidens, sondern auch eins der Ganzheit des Selbst. Es stellt sowohl den Prozeß der Selbst-Findung als auch dessen Ziel dar. Als Ordnungssymbol weist es darauf hin, daß der Mensch in der Vereinigung der in ihm wirkenden Polaritäten zu einer höheren, inneren Ordnung, die seine Mitte ist, finden kann. Im Kreuzungspunkt der Balken, in der Mitte des Kreuzes, ist eine vom Konflikt der Gegensätze unberührte Region der Stille, des Friedens und der Befreiung. Es ist jener Punkt, von dem die Ich-Entwicklung ihren Ausgang genommen hat und in dem sie ihre Erfüllung findet.

In dem Maße, in dem im Individuationsprozeß eine Synthese der verschiedenen Teilaspekte der bewußten und unbewußten Persönlichkeit gelingt, findet jene kopernikanische Wende statt, von der wir bereits gesprochen haben. Das Ich erlebt sich in seiner Abhängigkeit und Beziehung zum Selbst, das nun zum neuen Zentrum der Persön-

lichkeit wird. Entscheidend dabei ist, daß sich trotz dieser letztlichen Identität zwischen Selbst und Ich der Mensch nicht mit dem Selbst identifiziert oder sich in ihm auflöst, weil damit das Ich seine Bewußtseinsfunktion verlöre. Das Selbst ist auf das Ich als ständigen Dialogpartner angewiesen und kann sich nur insoweit im Menschen verwirklichen, als ein Ich vorhanden ist, das zu diesem Dialog bereit ist, sich von ihm zu unterscheiden weiß und eine gewisse Eigenständigkeit beibehält.

Das Einlassen auf den Individuationsprozeß vermittelt dem Menschen *Lebenssinn* und Lebensfülle. Dies beruht aber nicht auf dem Erfahren einer letzten Wahrheit, eines letzten Zustandes oder irgendeiner Vollkommenheit, sondern gerade auf der dialektischen Auseinandersetzung mit den Polaritäten des Lebens. Dieser Lebenssinn ist kein statischer, sondern ein dynamischer, der sich dem Lebensprozeß entsprechend ständig wandelt und auf jeder Altersstufe andere Formen annimmt. Dies ist nun wiederum eine der *Paradoxien der Selbst-Erfahrung*, daß jener von uns angestrebte innere Frieden, jene Stille und gelassene Heiterkeit gerade im Wechsel und Wandel der verschiedenen Manifestationsformen des Selbst erfahren wird. Auf diese Weise wird dieses eine, letztlich unerkennbare Selbst in einer immer enger werdenden, asymptotisch verlaufenden Kurve umkreist, hinter all seinen Erscheinungsformen immer deutlicher erahnt, ohne je ganz erfahrbar zu sein. Sehr eindrucksvoll kommt dies in einem archetypischen Traum des Schriftstellers *J. B. Priestley* zum Ausdruck, den dieser mit 42 Jahren hatte.

„Ich träumte, ich stand auf der Spitze eines sehr hohen Turmes, allein, und blickte auf Tausende von Vögeln hinab, die alle in einer Richtung flogen; jede Art Vogel war vertreten, alle Vögel der Welt. Es war ein stolzer Anblick, dieser weite himmlische Vogel-Fluß. Aber dann wurde auf mysteriöse Weise geschaltet, das Tempo wurde schneller, so daß ich Generationen von Vögeln sah, beobachtete, wie sie aus dem Ei krochen, flügge wurden, sich paarten, schwächer wurden, abnahmen und starben. Flügel wuchsen, nur um zu zerbrechen; Körper waren schlank und dann, mit einem Schlage, verbluteten sie und verschrumpelten; und der Tod schlug zu, überall, jeden Augenblick. Wozu der ganze blinde Kampf ins Leben hinein, das eifrige Erproben der Flüge, das eilige Paaren, das Fliegen und Aufschwingen, die ganze gigantische, sinnlose biologische Anstrengung? Als ich hinunterstarrte, anscheinend die unwürdige Geschichte jeder Kreatur mit fast einem Blick erfassend, blutete mir das Herz. Es wäre besser, wenn kein einziges von ihnen allen, wenn kein einziger von uns allen geboren wäre, wenn der Kampf für immer aufhörte. Ich stand auf meinem Turme, verzweifelt unglücklich, immer noch alleine. Aber dann wurde wieder geschaltet, die Zeit lief noch schneller ab, sie stürzte so schnell, daß die Vögel keinerlei Bewegung mehr zeigen konnten, sondern wie eine ungeheure, mit Federn besäte Ebene aussahen. Aber durch diese Ebene, aufleuchtend durch die Körper selbst, lief jetzt eine Art weißer Flamme, zitternd, tanzend, dann vorwärtsstürzend; und sobald ich sie sah, wußte ich, daß diese weiße Flamme das Leben selbst war, die reine

Quintessenz des Lebens; und dann ging mir auf, in einer raketenartigen Ekstase, daß es auf nichts ankam, daß es nie auf irgend etwas ankommen könnte, weil nichts wirklich war außer dem vibrierenden, eilenden Glanze des Daseins. Vögel, Menschen oder Geschöpfe, noch ungeformt und ungefärbt, sie alle hatten Bedeutung nur solange diese Lebensflamme durch sie zog. Keine Trauer blieb zurück; was ich für Tragik gehalten hatte, war nur Leere oder ein Schattenspiel; denn jetzt war alles wirkliche Gefühl beschlossen und verklärt in der weißen Flamme des Lebens und tanzte in Ekstase weiter mit ihr." (zit. *G. Adler* 1952, S. 158ff.)

Die Erfahrung des Selbst als der Quintessenz des Lebens bedeutet aber keineswegs immer nur eine dauernde Ekstase oder eine religiöse Erleuchtung, wie obiger Traum nahezulegen scheint. Auch ist sie kein Vollkommenheitszustand, wie ihn der christliche Idealismus anstrebt, sondern ist vielmehr das Erleben und Erleiden einer menschlichen Vollständigkeit in all ihrer Paradoxie. Da sich in der Erfahrung des Selbst die verschiedensten Gegensatzspannungen versöhnen, stellt sich als Resultat dieser Erfahrung häufig ein seelischer Zustand mittleren Niveaus ein, der nichts überwältigend Großartiges, Bedeutungsvolles, Heiliges an sich hat, sondern viel eher in einfachen und schlichten Worten seinen Ausdruck findet: heitere Gelassenheit, Frieden mit sich selbst geschlossen haben, in sich ruhen, das Leben so sehen und nehmen, wie es ist.

4.3 Individuum und Gesellschaft

Der Analytischen Psychologie wird gelegentlich vorgeworfen, ihr Konzept des Individuationsprozesses führe zu einer Art narzißtischer, esoterischer Nabelschau, bei der der Blick für die gesellschaftliche Realität verlorengehe. Diese Auffassung beruht auf Unkenntnis und Mißverständnissen, von denen wir einige in den vorangegangenen Abschnitten auszuräumen suchten.

Ein Prozeß, der die Erfahrung der Ganzheit des Lebens zum Ziele hat und diese Ganzheit definiert als die Summe aller möglichen Gegensätze (z. B. männlich/weiblich, gut/böse, Körper/Psyche, Natur/Geist, Denken/Fühlen, Kollektivität/Individualität usw.) kann niemals ohne Bezug zur und ohne Relevanz für die Gesellschaft sein. Wie wir gezeigt haben, ist Individuation in jeder Phase nur innerhalb eines Wechselspiels zwischen Ich und Selbst und Ich und Umwelt möglich, wobei wir zudem noch die Hypothese von der Einheitswirklichkeit, die dem Selbst zugeordnet ist, einbezogen haben.

Deshalb ist jeder wirkliche Fortschritt im Individuationsprozeß immer zugleich auch ein Beitrag für die Gesellschaft. Ganz deutlich wird das z. B. bei der Integration des Schattens. Wie wir gesagt haben,

beruhen gesellschaftliche Probleme häufig auf der Projektion des persönlichen oder gesellschaftlichen Schattens auf die Mitmenschen, auf Außenseiter, Minderheiten und andere Völker, die dadurch zu Sündenböcken werden. Solange der Schatten auf diese Weise am anderen und im Außen gesehen und dort angegangen wird, kann sich gesellschaftlich überhaupt nichts ändern. Im Gegenteil, es tritt dadurch häufig ein Aufschaukelungsprozeß im Sinne einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung auf, der von den Krisen und Konflikten in den engen partnerschaftlichen Beziehungen bis zu nationalen und internationalen Kriegen und Katastrophen reicht.

Durch die Auseinandersetzung und die Versöhnung mit dem eigenen Schatten nimmt man teil an der Schattenhaftigkeit der Menschheit überhaupt.

„Im Gegensatz zur Sündenbock-Psychologie, in welcher der einzelne sein Böses an die Schwachen abschiebt, kommt es hier eher zu dem umgekehrten Phänomen, nämlich dem des stellvertretenden Leidens. Der einzelne nimmt einen Teil der Last des Kollektivs in die eigene Verantwortung mit hinein und entgiftet und integriert in seiner inneren Verwandlungsarbeit dieses Böse. Wenn es gelingt, führt dies zu einer inneren Befreiung des Kollektivs, das wenigstens teilweise von diesem Bösen erlöst wird." (*Neumann* 1973, S. 132)

Ähnliches gilt für die Entwicklung der Animus/Anima-Seiten der Persönlichkeit, in der die gegengeschlechtlichen Kommunikations- und Beziehungsprobleme ebenfalls nicht nur die Probleme des Partners bleiben, sondern zu den ureigensten werden.

Im Individuationsprozeß, der ein archetypischer und somit allgemeinmenschlicher Prozeß ist und daher auch das letztliche Ziel der gesellschaftlichen Entwicklung darstellt, wird der Mensch mit den Grundfragen des Lebens und des Menschseins konfrontiert. Diese Auseinandersetzung leistet er in Eigenverantwortung und überläßt sie keiner äußeren, gesellschaftlichen oder ideologischen Institution oder Autorität. Die Grundfragen des Menschlichen erfährt er als seine eigenen, er wird allgemeinmenschlicher und individueller zugleich, toleranter, verständnis- und einsichtsvoller. Er unterscheidet sich von seinen Mitmenschen nicht durch besondere, idealmenschliche Qualitäten — fühlt sich im Gegenteil in besonders tiefer Weise mit ihnen verbunden — aber besitzt den Vorzug größerer Bewußtheit und Selbstverantwortung gerade auch hinsichtlich des eigenen Menschlich-allzu-Menschlichen. Er ist weniger anfällig gegenüber psychischen Epidemien, kritischer gegenüber kollektiven Zeitströmungen, widerstandsfähiger gegenüber Vermassungstendenzen.

5. Theorie der Psychotherapie

5.1 Erkenntnis- und wissenschaftstheoretische Grundlagen

Wissenschaftstheoretisch hat *Jung* seine Psychologie als *empirisch* und zugleich *phänomenologisch* gekennzeichnet. Ausgangspunkt ist die Beobachtung menschlichen Verhaltens im weitesten Sinne. Sein Hauptinteresse galt vor allem solchen Erlebnis- und Verhaltensfeldern, die, neben der Psychologie, medizinischen Psychologie und Psychiatrie, heute von der Religionsphänomenologie, Ethnologie, Mythologie sowie der Volkskunde und Märchenforschung wissenschaftlich bearbeitet werden. Diese Phänomene definiert *Jung* als psychische Realität und ordnet ihnen damit eine eigene Seinsebene zu. Die „Wirklichkeit der Seele" ist für ihn nicht phantastischer als die Hypothese der Realität der Materie, des Stoffes. Bei den großen mythologischen Bildern der verschiedenen Kulturen geht es nicht um die Frage, ob diese im objektiven Sinne „wahrer" sind, sondern daß sie als Bilder der Seele existieren und wirken.

Systemtheoretische Gesichtspunkte waren für *C. G. Jung* insofern wegleitend, als er die Psyche schon früh als ein „System mit Selbstregulierung" definierte.

Die Begriffsbildung der Analytischen Psychologie versucht, neben einer klaren inhaltlichen Definition auch den Gefühlswert eines Phänomens mit zu erfassen, und ist deshalb anschaulicher. Aus der Fülle der im Gesamtwerk verstreuten Aussagen zur erkenntnistheoretischen Grundlage der Analytischen Psychologie sollen nur zwei Äußerungen zitiert werden. Im übrigen sei auf den grundlegenden Aufsatz „Theoretische Überlegungen zum Wesen des Psychischen" (*Jung* 1976a, Kap. 8) verwiesen. Über die Anima schreibt *Jung*:

„Der unter dem Begriff der Anima zusammengefaßte Tatbestand ist ein äußerst dramatischer Inhalt des Unbewußten. Man kann ihn in rationaler, wissenschaftlicher Sprache beschreiben, womit aber sein lebendiges Wesen nicht von Ferne ausgedrückt ist. Ich ziehe daher bewußt und absichtlich die mythologische und dramatisierende Anschauungs- und Ausdrucksweise vor, weil sie in Ansehung ihres Gegenstandes, nämlich lebendiger seelischer Vorgänge, nicht nur viel ausdrucksvoller, sondern auch genauer ist, als eine abstrakte Wissenschaftssprache." (*Jung* 1976g, § 25)

Und an anderer Stelle:

„Der rein biologische bzw. naturwissenschaftliche Standpunkt in der Psychologie empfiehlt sich insofern nicht, als er hauptsächlich nur intellektuell ist. Daß er dies ist, bedeutet insofern keinen Nachteil, als die naturwissenschaftliche Methode sich im Gebiete der psychologischen Forschung als heuristisch ungemein wertvoll erwiesen hat. Aber das psychische Phänomen wird als Ganzes durch den Intellekt nicht erfaßt, denn es besteht nicht nur aus *Sinn*, sondern auch aus *Wert*, welch letzterer auf der Intensität der begleitenden Gefühlstöne beruht." (*Jung* 1976g, § 52)

5.2 Psychopathologie: Der finale Sinn der Neurose

Die Analytische Psychologie hat nur ansatzweise eine eigene spezielle Neurosenlehre entwickelt. Sie lehnt sich an die bestehenden tiefenpsychologischen Modelle zum Neuroseverständnis an (Psychoanalyse, Neo-Psychoanalyse, Ich-Psychologie etc.), erweitert diese aber um das allgemeine Konzept der Beziehung zwischen dem Ich und dem Selbst, um die Komplexlehre, die Typologie und die Archetypenlehre.

Nach Auffassung der Analytischen Psychologie sind Neurosen, psychosomatische Symptome und auch Psychosen grundsätzlich der Ausdruck einer Störung zwischen Ich-Bewußtsein und Selbst, d.h. das Ich-Bewußtsein ist nicht in der Lage, der Ganzheit der eigenen Persönlichkeit und des Selbst Rechnung zu tragen.

In der Beschreibung des Individuationsprozesses hatten wir gezeigt, daß zwischen Ich und Selbst eine dialektische und kompensatorische Beziehung besteht, wodurch eine gesunde Ich- und Bewußtseinsentwicklung ermöglicht wird. In einem durchschnittlich verlaufenden Entwicklungsprozeß ist es dem Individuum möglich, sowohl den Anforderungen der Welt und Gesellschaft als auch den Anforderungen des Selbst gerecht zu werden. Abweichungen in der einen oder anderen Richtung von diesem mittleren Weg zwischen Innen und Außen werden dabei durch das gesellschaftliche System und das Selbst ausgeglichen, kompensiert.

Im Falle einer gesunden Ich-Entwicklung, für die u.a. ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Ich-Stabilität und Ich-Flexibilität kennzeichnend ist, kann das Selbst durch seine kompensatorische Funktion seine Aufgabe als innerer Steuermann, der das Individuum durch die Fährnisse des Lebens lenkt, erfüllen. In dem Maße aber, in dem die Ich-Entwicklung und das Ich-Bewußtsein gestört sind, wird auch die steuernde und entwicklungsfördernde Beziehung zum Selbst gestört, wodurch es zu einer Entzweiung und Entfremdung des Individuums mit sich und von sich selbst (und dem Selbst) kommt. Eine psychische oder psychosomatische Erkrankung kann dann die Folge dieser Selbstentfremdung sein.

Die Ursachen dafür sind vielfältig. Sie können praktisch in jedem Lebensabschnitt liegen: in der prä-, peri- und postnatalen Phase, in der frühesten und frühen Kindheit, in den Phasen der sozialen Integration, in der Pubertät und Adoleszenz, in der Lebensmitte und in der Gegenwart. Zu all diesen Zeiten und Phasen ist es möglich, daß der Mensch die von seinem Selbst geforderten und intendierten Reifungs- und Wachstumsschritte nicht tun kann oder will, daß er seinen Lebensfluß

blockiert und in Verhaltens- und Erlebensweisen verharrt, die seinem Alter und seiner Situation nach unangemessen sind. Eine Neurose äußert sich dann auch als Ausdruck des Sinn-Verlustes und des Verlustes der religiösen Funktion als Bezug zu einem transpersonalen Hintergrund.

Eine Störung der Ich-Selbst-Beziehung kann nicht nur eine Folge der hemmenden und traumatischen Erfahrungen der Lebensgeschichte des Individuums sein, sondern auch eine von krankmachenden Zeitströmungen, gesellschaftlich-sozialen und kulturellen Verhältnissen, mit denen das Individuum identifiziert ist. Seine Störung ist dann ein Ausdruck einer Störung des Systems, in dem es lebt. Dieser und andere Aspekte führten *Jung* dazu anzunehmen, daß die psychische Erkrankung nicht nur ein lästiges Übel sei, das man auf schnelle Weise zu beseitigen habe, sondern daß es sich dabei auch um einen heilbringenden Faktor handeln könne, ein *Signal* und Aufruf zu einer Persönlichkeits- und Systemveränderung. So können es besonders die sensiblen, lebensoffenen, im weitesten Sinne kreativen und religiösen Menschen sein, die an einer Neurose aufgrund bestehender gesellschaftlicher Einseitigkeiten und Krankheitsfaktoren leiden. Die psychische Erkrankung hat unter diesem Aspekt gesehen für den einzelnen wie für die Gesellschaft eine finale Bedeutung, ein Ziel und einen bestimmten Sinn, der in einer Bewußtseinserweiterung, Ganzheits- und Selbstfindung liegt. Dadurch werden — wenn auch in kleinen Schritten — Veränderungen des gesellschaftlichen Systems möglich. Diese positive finale Betrachtungsweise der psychischen Erkrankung führt konsequenterweise zu einem Therapieverständnis, in dem nicht die Beseitigung des Symptoms im Vordergrund steht, sondern das Bewußtmachen und Realisieren des in ihm enthaltenen Sinns sowie die Förderung der Selbstverantwortung.

5.3 Diagnostische Konzepte

Die psychologische Diagnostik der Analytischen Psychologie bezieht sich auf die dargestellten Bereiche und Funktionen der Persönlichkeit. Sie betrachtet ihre auf verschiedene Weise gewonnenen Diagnosen als dynamische Hypothesen, die entsprechend dem Therapieverlauf wieder überprüft und modifiziert werden müssen. Der Sinn der Diagnostik liegt nicht in der Festlegung des Patienten auf einen bestimmten Persönlichkeitstyp oder auf ein bestimmtes Krankheitsbild, sondern dient einer differenzierten Wahl der therapeutischen Interventionen.

Die Diagnostik der Analytischen Psychologie umfaßt im wesentlichen die folgenden Bereiche:

1. Die Symptomatik des Patienten und deren finaler Sinn (*Sinn-Symbolik des Symptoms*).
2. Den Entwicklungsstand des Ich-Bewußtseins hinsichtlich seiner Stärke, der Ich-Funktionen, der Einstellung des Ich (introvertiert oder extravertiert) und seiner Beziehung zum Selbst (*Ich-Entwicklungs-Diagnose*).
3. Die Art und Ausprägung der pathologischen wie entwicklungsförderlichen Komplexe (*Komplex-Diagnose*).
4. Die archetypische Hintergrundsituation, die hinsichtlich der Persönlichkeit und Symptomatik des Patienten wirksam ist (*Diagnose des archetypischen Wirkfeldes*).
5. Die Beschaffenheit jener Persönlichkeitsanteile, die als Persona, Schatten und Animus/Anima bezeichnet werden (*Struktur-Diagnose*).

Grundlage dieser Diagnostik sind neben den üblichen psychodiagnostischen Mitteln wie Symptomatik, Anamneseerhebung, Erscheinungsbild, aktuelles Verhalten des Patienten und gelegentliche Tests (z.B. Rorschach, TAT, SZENO, *Jung*sches Assoziationsverfahren) vor allem Ausdrucksformen des Unbewußten, wie sie in den Träumen, Phantasien, Imaginationen, im unbewußten Gestalten (z.B. Malen oder Modellieren) und auch im Übertragungs- und Gegenübertragungsgeschehen zu finden sind. Was dies im einzelnen heißen mag, sei am folgenden Fallbeispiel verdeutlicht: Ein 24-jähriger Student, der an Depressionen, Minderwertigkeitsgefühlen, Beziehungsängsten zu Frauen, Impotenz, Lern- und Konzentrationsstörung, Bauchmuskelkrämpfen und Hautkribbeln litt, brachte zur zweiten Therapiestunde folgenden Traum mit:

„Es regnet und ich liege in einem Dreckloch. Ich kämpfe mit einem ca. 1 m langen Fisch (ähnlich einem Wels mit wülstigen Lippen), der mich angreift und nach mir schnappt. Daneben steht ein junger Mann mit einer Pistole. Ich bitte ihn um Hilfe, worauf er dem Fisch einen Kopfschuß gibt. Das Blut spritzt heraus, und es wird alles rot."

Eindrucksvolle Träume dieser Art, die in der Anfangsphase einer Therapie auftreten, werden in der Analytischen Psychologie *Initialträume* genannt. Sie sind häufig von besonderer diagnostischer und prognostischer Wichtigkeit, weil sich in ihnen auf symbolische Weise die Grundproblematik und vorwegnehmende Entwicklungs- und Lösungsansätze darstellen können.

Welche diagnostischen Hypothesen lassen sich nun aus diesem Traum ableiten? Der Träumer liegt in einem Dreckloch und kämpft mit einem großen Fisch, der ihn angreift. Wenn wir unterstellen, daß dies ein symbolisches Spiegelbild seines Grunderlebens ist, so können wir daraus ableiten, daß er sich in seinem Leben ständig bedroht und angegriffen fühlt und daß er allein noch nicht in der Lage ist, sich aus dieser Situation zu befreien. Sein Ich-Bewußtsein ist noch nicht stark genug, um sich mit den Ansprüchen der Außen- oder Innenwelt (sexuelle und aggressive Triebregungen) selbstbehauptend auseinandersetzen zu können (*Ich-Entwicklungs-Diagnose*). Aufgrund dieser Ich-Schwäche und Angst bekommen diese Ansprüche einen übermäßig bedrohlichen, fressenden Charakter (im Symbolbild des großen Fisches).

Aber ein junger Mann kommt ihm zu Hilfe. Dieser scheint im Besitz der nötigen phallischen, aggressiven Potenz (Pistole) zu sein, wodurch die Lebensangst des Patienten überwunden wird. Der junge Mann stellt also einen abgespaltenen, vom Patienten bisher nicht gelebten Schattenanteil dar (Struktur-Diagnose), den der Patient im Verlauf der Therapie integrieren muß, damit er seinen Angst-Komplex (Fisch, Komplex-Diagnose) und seine Depression (Situation im Dreckloch) überwinden kann. Daß der junge Mann da ist, der den Fisch zu töten vermag, ist prognostisch ein sehr günstiges Zeichen. Es deutet darauf hin, daß die nötigen, helfenden und entwicklungsfördernden Kräfte der Persönlichkeit des Patienten in seiner Psyche bereits konstelliert sind.

Der Traumtext schildert nur die äußeren Ereignisse und deren Wahrnehmung durch den Träumer. Gefühlsäußerungen, Überlegungen und Vermutungen (Intuitionen) stellt er nicht an. Das läßt darauf schließen, daß er von seinen Ich-Funktionen vornehmlich seine extravertierte Empfindungsfunktion verwendet (*Ich-Funktions-Diagnose*). Das entspricht auch seinem Studienfach (Maschinenbau), zu dem eine gute Empfindungsfunktion erforderlich ist. Gut differenziert ist auch sein introvertiertes Denken (was aus dem Traum nicht hervorgeht), während ihm die Fühlfunktion und die Intuition wenig zugänglich sind. Der Patient verwendete sein Denken in der Therapie sehr stark zur Abwehr seiner Gefühle. Er liebte theoretische Überlegungen und war immer etwas blockiert, wenn er auf seine Gefühle hin angesprochen wurde. Vielleicht kann man den Kopfschuß, den der junge Mann dem Fisch verpassen muß, dahingehend interpretieren, daß der Patient dahin gelangen sollte, seine Denkabwehr zu überwinden, damit die im Angstkomplex (Fisch) gebundene und verdrängte Emotionalität, Aggressivität und Lebenskraft (Blut) hervorkommen kann. Die Bauch-

muskelkrämpfe und das Hautkribbeln sind ja auch ein deutlicher Ausdruck gestauter Aggressivität (Symptom-Diagnose). Dies spiegelt sich auch in unseren Redensarten „Wut im Bauch haben" oder „Aus der Haut fahren". Aber auch hinsichtlich der sexuellen Symptomatik bringt der Traum Aufschlüsse. Hinter dem mit wülstigen Lippen (Schamlippen?) nach ihm schnappenden Fisch läßt sich die Angst des Patienten vor der Scheide der Frau vermuten, die ja bei vielen Männern mit sexuellen Schwierigkeiten als mit Zähnen ausgestattet („vagina dentata") und abbeißend/kastrierend phantasiert wird. Aber mit einer solchen Deutung wird man nur einem Vordergrundaspekt der sexuellen Problematik des Patienten gerecht und geht an der archaischen Fisch-Symbolik vorbei. Schließlich träumt der Patient ja nicht von einer Scheide, sondern von einem großen Fisch.

Hinter der Angst vor der weiblichen Scheide steht die Angst vor den verschlingenden und tötenden Seiten des Unbewußten und eines negativen Eltern-Komplexes. Wir können an dieser Stelle nicht auf die vielgestaltige Symbolik des Fisches eingehen und auch nicht darauf, wieso ein solcher großer, verschlingender Fisch ein archetypischer Ausdruck für einen negativen Eltern-Komplex (Mutter- und Vaterkomplex) sein kann, sondern nur darauf hinweisen, daß dies beim Patienten der Fall war. An der Wurzel seiner Störung und Ängste standen starke kindliche Traumata, die durch leistungsüberfordernde, prügelnde und triebfeindliche Eltern bedingt waren. Durch diese negativen Erfahrungen wurden seine selbstbehauptenden, konstruktiv-aggressiven und sexuellen Kräfte gelähmt und konnten nicht entwickelt werden.

Welches archetypische Motiv steht nun hinter dem Traumgeschehen (*Diagnose des archetypischen Wirkfeldes*)? Es ist das Motiv des Drachenkampfes, das sich in vielen Mythologien findet, in denen der Held mit einem großen fressenden Ungeheuer (Schlange, Fisch, Drachen u.ä.) kämpfen muß, um eine Aufgabe zu erfüllen, eine Gefahr zu bannen, einen Schatz zu heben oder eine Jungfrau zu befreien. Es wird also die Aufgabe des Patienten sein, einen Drachenkampf gegen seine unbewußten, negativen Elternkomplexe zu führen, um zu seiner männlichen Identität finden zu können (finale Bedeutung des Traumes).

Den abgespaltenen Schatten-Bruder, der ihm bei dieser Aufgabe im Traum hilft, wird er zunächst auf den Therapeuten projizieren (übertragen) und von daher von ihm ein aktives, eingreifendes und direktives Vorgehen erwarten, was natürlich zu einer notwendigen Enttäuschung führen wird, weil der Therapeut diese Übertragung nicht agieren wird. Der Patient wird aber auch den bedrohlichen Fisch (den Angst- und Elternkomplex) übertragen, was zu starken Angst- und

Widerstandsreaktionen in bezug auf den Therapeuten und auf den therapeutischen Prozeß führen kann. Es ist aufgrund des Traumbildes dann wichtig für den Therapeuten, solche Widerstände nicht gleich auflösen zu wollen, sondern auch als Ausdruck der erstarkenden Ich-Kräfte des Patienten zu sehen und diese vorsichtig und behutsam zu fördern. Wir werden später noch einmal auf den Patienten zurückkommen.

5.4 Ziele und Inhalte der Therapie

Die Ziele und Inhalte der analytischen Psychotherapie sind abhängig von der Persönlichkeit des Patienten, der Art und Schwere seiner Symptomatik und den diagnostischen Hypothesen. Sie können von einer Ich-Stärkung und fokussierenden Komplexbearbeitung (im Sinne einer Kurzpsychotherapie) bis hin zu einer Begleitung auf dem Weg zur Ganzheit (Individuation) reichen. Die allgemeinste Formulierung wäre, daß es in der analytischen Psychotherapie um die Herstellung und Besserung der Beziehung des Ichs des Patienten zum Selbst geht, d.h. daß jene Inhalte des Selbst, die aufgrund einer einseitigen oder gehemmten Ich-Entwicklung nicht verwirklicht oder gelebt werden konnten und zu psychischen Störungen geführt haben, im therapeutischen Prozeß bewußt gemacht und integriert werden können. Grundsätzlich ist dies immer mit einer Ich-Bewußtseins-Erweiterung verbunden, welche aber, je nach Situation des Patienten, unter unterschiedlichen Aspekten verlaufen kann.

In den weitaus meisten Fällen, mit denen man es in der Praxis heute zu tun hat, geht es in der Therapie um die Ich-Werdung, wie sie schon dargestellt wurde, um eine Stärkung des Ichs, damit es seine vielfältigen Funktionen zufriedenstellender erfüllen kann. Nur in sehr wenigen Fällen geht es um Selbst-Werdung, jenem zweiten Abschnitt des Individuationsprozesses, der das Anliegen der Analytischen Psychologie ist. Das hängt u.a. damit zusammen, daß die Selbst-Werdung ein relativ gut entwickeltes Ich-Bewußtsein zur Voraussetzung hat, das die Spannung der Auseinandersetzung nicht nur mit dem persönlichen Unbewußten, sondern auch mit den archetypischen Wirkkräften des kollektiven Unbewußten auszuhalten vermag. Für ein noch schwaches Ich-Bewußtsein können negative archetypische Wirkfelder eine auflösende und zerstörerische Wirkung haben (s. z.B. Psychosen), so daß der Ich-Werdungs-Prozeß zunächst eine Distanzierung und Abschirmung vom kollektiven Unbewußten erforderlich macht.

Im Selbst-Werdungs-Prozeß hingegen öffnet sich ein relativ stabiles Ich den Inhalten des kollektiven Unbewußten, es opfert seine Vormachtstellung im Persönlichkeitssystem zugunsten der Führung durch das Selbst. Man könnte in Anlehnung an die *Freud*sche Formulierung: „Wo Es war, soll Ich werden", die für den ersten Abschnitt des Individuationsprozesses gültig ist, nun sagen: „Wo Ich war, soll Selbst werden". Dieser Vorgang der Umzentrierung, der inneren kopernikanischen Wende, hat andere Ziele und Inhalte als die Ich-Werdung und erfordert auch ein anderes therapeutisches Vorgehen.

6. Behandlungsmethodik

6.1 Das Behandlungskonzept der analytischen Psychotherapie

Da der analytischen Psychotherapie das umfassende Konzept des Individuationsprozesses zugrunde liegt, in dem der Mensch einerseits zur Einmaligkeit seines individuellen So-Seins findet und andererseits Anschluß gewinnt an die allgemeinmenschlichen kollektiven Bereiche seiner Persönlichkeit, versucht sie auch, dieser Polarität des Individuell-Einmaligen und Kollektiv-Allgemeingültigen im therapeutischen Prozeß gerecht zu werden. Sie tut dies einmal dadurch, daß sie sich nicht auf eine bestimmte Technik von vorneherein festlegt, sondern diese von der Persönlichkeit und Eigenart des Patienten wie auch von der aktuellen therapeutischen Situation bestimmen läßt. Die spezielle Technik wird gewissermaßen erst im dialektischen Zusammenspiel zwischen Patient, Selbst und Therapeut geboren.

„Ich wurde oft nach meiner psychotherapeutischen oder analytischen Methode gefragt. Darauf kann ich keine eindeutige Antwort geben. Die Therapie ist bei jedem Fall verschieden. Wenn ein Arzt sagt, daß er strikt die eine oder andere Methode befolge, so bezweifle ich den therapeutischen Effekt. Man spricht in der Literatur so viel vom Widerstand des Patienten, daß es beinahe so aussieht, als wolle man ihm etwas aufnötigen, während das Heilende doch aus ihm natürlich wachsen soll — die Psychotherapie und die Analysen sind so verschieden wie die menschlichen Individuen. Ich behandle jeden Patienten so individuell wie möglich, denn die Lösung des Problems ist stets eine individuelle. Allgemeingültige Regeln lassen sich nur cum grano salis aufstellen. Eine psychologische Wahrheit ist nur dann gültig, wenn man sie auch umkehren kann. Eine Lösung, die für mich nicht infrage käme, kann für jemand anderen genau die richtige sein. Natürlich muß ein Arzt die sogenannten Methoden kennen, aber er muß sich davor hüten, sich auf einen bestimmten routinemäßigen Weg festzulegen. Theoretische Voraussetzungen sind nur mit Vorsicht anzuwenden. Heute sind sie vielleicht gültig, morgen können es andere sein. In meinen Analysen spielen sie keine Rolle. Mit Absicht bin ich nicht systematisch. Für mich gibt es den Individuen gegenüber nur das individuelle Verstehen. Für jeden Patienten braucht man eine andere Sprache. So kann man sich in einer Analyse auch adlerianisch reden hören oder in einer anderen freudianisch." (*Jung* 1962, S. 136f.)

Der therapeutische Prozeß wird als ein schöpferischer Vorgang aufgefaßt, der größtmögliche Offenheit für das Neue, das sich im Patienten entfalten möchte, benötigt. Er setzt eine Bereitschaft des Therapeuten voraus, sich auf das individuelle So-Sein des Klienten einzulassen und auf jedes Vorher- oder Besserwissen darüber, was für den Klienten eigentlich das Beste wäre, zu verzichten. *Jung* hatte es sich zur Angewohnheit gemacht, vor jeder Traumbesprechung zu sich selbst zu sagen, daß er keine Ahnung habe, was der Traum bedeuten könne, um nicht durch seine Vor-Urteile festgelegt zu sein und der Einmaligkeit und Besonderheit des Traumes wirklich gerecht zu werden. Das gleiche gilt grundsätzlich für den ganzen therapeutischen Prozeß. Immer wieder muß sich der Therapeut klarmachen, daß er trotz seiner Erfahrungen — oder auch gerade wegen dieser — nicht weiß, was der Sinn der Symptomatik und des Leidens dieses Klienten ist und welche verschlungenen Pfade sein Selbst ihn führen möchte. Deshalb begegnet der Therapeut zunächst seinem Klienten mit offenen und leeren Händen, die dann gemeinsam mit denen des Klienten vorsichtig und behutsam die neue Gestalt, die werden möchte, ertasten und formen.

Diese Grundhaltung hat sehr viel mit der der *Rogers' schen Gesprächstherapie gemeinsam, geht aber insofern andere Wege, als der analytische Psychotherapeut die unbewußten Äußerungsformen und die Selbstdynamik des Klienten mit einbezieht. Die meisten analytischen Psychotherapeuten arbeiten gern mit Träumen, Phantasien und Imaginationen des Klienten (vgl. dazu den Aufsatz von Jung* „Vom Wesen der Träume", der sich im Quellentextband findet. Weitere Einführungen in die analytische Traumtheorie: *Dieckmann* 1978a, *Hall* 1982). Das hat wichtige praktische Gründe (die Träume sind die klarsten Spiegel der unbewußten psychischen Vorgänge), ist aber auch historisch bedingt und von der (häufig eher introvertierten) Persönlichkeit des analytischen Therapeuten abhängig.

Es ist keineswegs so, daß die unbewußten Bereiche der Persönlichkeit nur über Träume, Phantasien und Imaginationen erschlossen werden können. Das ganze Verhalten und Erleben des Patienten kann dazu dienen. Sein Ausdrucksverhalten, seine Körpersprache, seine Interessen, Ansichten und Neigungen, seine Ideen und Ideale, seine Symptomatik, sein Verhalten in sozialen und partnerschaftlichen Situationen, die Reaktion der Umwelt auf ihn, seine Mißgeschicke und Fehlleistungen, die Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen in der Therapie: sie alle sind Ausdrucksformen der unbewußten Psyche, und auch in ihnen lassen sich regressive wie progressive Entwicklungstendenzen ablesen.

Während der Therapeut auf diese Weise der Individualität des Klienten gerecht wird, berücksichtigt er auch den kollektiv-allgemeinmenschlichen Hintergrund der Situation des Klienten, indem er ihm die archetypischen Zusammenhänge nahebringt. Hierher gehört das, was *Jung* als *Finden des eigenen Mythos* bezeichnet hat. Die Erfahrung des Klienten, daß er trotz seiner ganz individuellen Situation und seines Gefühls der Andersartigkeit von einem sein Schicksal mitsteuernden Selbst getragen wird, das im Besitze des Ziels und des Sinnes der Persönlichkeitsentwicklung ist, vermag ihm Vertrauen zum Leben und zu sich selbst zu geben.

Das allgemeine *Ziel* der analytischen Psychotherapie ist, Unbewußtes bewußt werden zu lassen. Diese angestrebte Bewußtwerdung ist aber keine intellektuelle Aufklärung oder rationale Interpretation, die der Therapeut dem Klienten gibt, sondern ein sich allmählich vollziehender, schöpferischer Wandlungsvorgang, der den ganzen Menschen umfaßt und zu einer Veränderung seines Denkens und Fühlens, seiner Einstellungen und Werte, seines Erlebens und Verhaltens führt.

„Es besteht der Grundirrtum im Publikum, daß es bestimmte Antworten, ‚Lösungen' oder Anschauungen gäbe, die einer nur sagen müsse, um das nötige Licht zu verbreiten. Die schönste Wahrheit nutzt aber nichts — wie die Geschichte tausendfältig zeigt —, wenn sie nicht zur ureigenen inneren Erfahrung des einzelnen geworden ist. Jede eindeutige sogenannte ‚klare' Antwort bleibt stets im Kopfe stecken und dringt nur in den allerseltensten Fällen bis zum Herzen vor. Nicht die Wahrheit zu ‚wissen' tut uns Not, sondern sie zu erfahren. Nicht eine intellektuelle Anschauung zu haben, sondern den Weg zur inneren, vielleicht wortlosen irrationalen Erfahrung zu finden, das ist das große Problem. Nichts ist fruchtloser, als davon zu reden, wie es sein müßte oder sollte, und nichts ist wichtiger, als den Weg zu finden, der zu diesen fernen Zielen führt." (*Jung* 1931, S. 7)

Die Bewußtwerdung gleicht dem Ausgraben eines archäologischen Objektes. Nach und nach kommen die verschiedensten Teil- und Bruchstücke ans Tageslicht, und erst am Schluß, wenn die meisten Teile gefunden worden sind, läßt sich die ursprüngliche Gestalt rekonstruieren.

Welche *technischen Hilfsmittel* setzt die Analytische Psychologie nun ein, um die unbewußt gebliebenen Selbst-Anteile dem Bewußtsein allmählich wieder zugänglich zu machen? Sechs dieser Hilfsmittel seien anhand des bereits geschilderten Traumes vom Kampf des jungen Mannes mit dem großen Fisch näher dargestellt. Grundsätzlich aber können sie nicht nur bei Träumen angewendet werden, sondern bei allen Verhaltens- und Erlebensweisen des Klienten.

1. Assoziation:

Einfälle, die der Patient zu seiner Traumszene hat, könnten ihn z. B. zu Angstsituationen seiner Kindheit zurückführen, so zur

Angst vor der verschlingenden Dunkelheit oder der Angst vor einem überwältigenden Elternteil o.ä. Das Wiedererleben und Durcharbeiten von Kindheitstraumata ist zwar nicht das primäre Ziel des analytischen Prozesses, kann aber ein wichtiger Spiegel zum Verständnis des Verhaltens des Patienten in der aktuellen Situation sein.

2. Amplifikation:
   Der Traum wird auf seinen archetypischen Hintergrund hin betrachtet, d.h. mit ähnlichen Bildern und Motiven, die aus der Kultur-, Geistes- und Gesellschaftsgeschichte der Menschheit stammen, angereichert. Das können im Einzelfall Motive aus Mythologien, Sagen und Märchen sein, aber auch aus Religionen und Kunstgeschichte (besonders Malerei und Literatur), Parabeln, sprichwörtliche Redensarten und Witze. Dem Klienten kann gelegentlich empfohlen werden, sich doch etwas mit der alttestamentarischen Geschichte von Jonas und dem Wal oder mit einer der vielen Drachenkampfgeschichten der griechischen Mythologie oder des Rittertums zu beschäftigen. Dadurch würde er sich mit seiner im Traumgeschehen ausgedrückten Problematik auf symbolische Weise weiterbeschäftigen, ohne auf eine rationale Deutung vorschnell festgelegt zu werden. Dieses amplifikatorische Vorgehen gleicht dem homöopathischen Prinzip, nach dem Gleiches durch Gleiches geheilt wird.

3. Identifikation:
   Der Klient wird aufgefordert, sich mit den verschiedenen Traumsubjekten und -objekten zu identifizieren und in einen Dialog mit ihnen zu treten. Das kann auf eine mehr introvertierte Weise durch die von *Jung* beschriebene Methode der aktiven Imagination geschehen oder durch das mehr extravertierte Rollenspiel, wie es im Psychodrama, im Sandspiel (*Kalff* 1979) oder in der Gestalttherapie üblich ist. Im Traumbeispiel könnte sich der Patient mit seiner Traumpersönlichkeit, mit dem bedrohlichen Fisch oder mit dem helfenden Freund identifizieren, um die verschiedenen unbewußten Persönlichkeitsanteile näher an sein Erleben und Bewußtsein heranzubringen.

4. Gestaltung:
   Der Trauminhalt wird künstlerisch gestaltet, d.h. gezeichnet, gemalt, modelliert, zu einer Geschichte verarbeitet, in Gedichtform gebracht, musikalisch ausgedrückt oder durch Bewegung und Tanz dargestellt.

5. Realisation:

Der Therapeut ermutigt den Klienten, gewonnene Einsichten in konkretes Verhalten umzusetzen und im Alltag anzuwenden. Zwischen Bewußtwerdung und Verhalten besteht eine Wechselwirkung: Bewußtwerdung führt zu einem veränderten Verhalten und neues Verhalten führt zu einer Bewußtseinsveränderung. Deshalb ist die Analytische Psychologie auch nicht grundsätzlich gegen verhaltenstherapeutische Interventionen, wenn sie im Einklang mit den Entwicklungstendenzen des Selbst des Patienten stehen und nicht einfach vom Therapeuten schematisch verordnet werden. Die unter 3. und 4. genannten Techniken der Identifikation und Gestaltung können auch als Vorformen der Realisation, als ein Probehandeln aufgefaßt werden.

Manchmal ist es schwierig, zwischen einer entwicklungsförderlichen Verhaltensübung und einem entwicklungsvermeidenden Agieren zu unterscheiden. Für den Therapeuten wie für den Patienten kann es in einer schwierigen Behandlungssituation verführerisch sein, auf die Verhaltensebenen auszuweichen. Z. B. könnte er bei Minderwertigkeitsgefühlen des Patienten Übungen nach Art des Selbstsicherheitstrainings empfehlen, damit aber den meisten peinlichen und unangenehmen Fragen aus dem Weg gehen, wo der Patient real minderwertige, d. h. unentwickelt gebliebene Seiten besitzt, deren Kenntnis ihm im Sinne einer Einsicht in den eigenen Schatten Not täte.

6. Deutung:

Die analytische Psychotherapie geht davon aus, daß zu einem ganzheitlichen Bewußtwerdungsprozeß neben einem gefühlsmäßigen und intuitiven Erleben auch ein rationales Verstehen gehört. Eine treffende Deutung oder Umdeutung eines unbewußten oder halbbewußten Sachverhaltes ist für den Patienten von ebenso tiefgehender und wandelnder Wirkung wie das emotionale Wiedererleben einer traumatischen Kindheitssituation, auf die meist verzichtet werden kann.

Die dem Klienten angebotenen Deutungen werden nur als dynamische Hypothesen betrachtet, nicht als endgültige Wahrheiten. Sie werden ständig den neuen Informationen und Einsichten angepaßt. Eine ein-deutige Interpretation entspricht auch nicht den Vorstellungen, die die Analytische Psychologie vom Wesen der Symbolik hat. Unbewußte Inhalte, in welcher Form sie auch erscheinen mögen: als Symptom, als Körperausdruck, als Fehlleistung, als Traumbild etc.,

sind zunächst als Symbole aufzufassen, die gleichzeitig mehrere und auch widersprüchliche Bedeutungen haben können. In der Paradoxie der Symbole liegt ihre integrierende Kraft. Sie vereinigen gegensätzliche Inhalte, die gerade wegen ihrer scheinbaren Unvereinbarkeit von der bewußtseinsmäßigen Einstellung abgespalten bzw. nicht zugelassen wurden.

Die Analytische Psychologie unterscheidet verschiedene Deutungsebenen und -richtungen. Bei der *Objektstufen-Deutung* werden die Trauminhalte auf konkrete äußere Personen, Objekte oder Ereignisse bezogen. Das ist bei unserem Traumbeispiel nicht gut möglich, weil dem Träumer alle Traumobjekte unbekannt sind. Immerhin könnte man aber z. B. fragen, ob sich hinter dem Kampf mit dem Fisch eine konkrete kämpferische Auseinandersetzung mit der Mutter o. ä. verbirgt. Auf der *Subjektstufe* werden alle Inhalte als zu seiner Psyche gehörend aufgefaßt, d. h. der bedrohliche Fisch entspräche dann einer beißend-verschlingenden Seite des Patienten selbst. Eine *kausal-reduktive Deutung* würde versuchen, im Traum Hinweise für die Ursache der psychischen Situation des Klienten zu finden, die z. B. in einem ungelösten negativen Mutter-Komplex liegen könnte. Eine *final-konstruktive* Deutung sucht den Entwicklungssinn des Traumgeschehens, seine Zielrichtung, zu erfassen. So gesehen könnte es z. B. um die Entwicklung männlich-aggressiver Potenzen gehen (im Bilde des hilfreichen Mannes mit der Pistole), mit deren Hilfe sich der Klient von seinem negativen Mutter-Komplex befreien könnte. Für welchen Deutungsaspekt sich der Therapeut entscheidet, hängt von der aktuellen therapeutischen und psychischen Situation des Klienten ab. Da es sich bei unserem Beispiel um einen Traum aus der zweiten Stunde handelt, wird der Therapeut, wenn er überhaupt ein Deutungsangebot macht, am ehesten den final-konstruktiven Aspekt wählen, weil dieser den Klienten ermutigt und zum Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung beiträgt.

Abschließend sei noch auf ein Paradoxon hingewiesen, das für die Haltung des analytischen Psychotherapeuten diesen Techniken gegenüber kennzeichnend ist: obwohl er mit ihrer Hilfe an einer Bewußtwerdung arbeitet, geht er trotzdem davon aus, daß Bewußtwerdung nicht gemacht, nicht forciert und nicht erzwungen werden kann, sondern unvorhersehbar dann geschieht, wenn die Zeit dafür reif ist. Seine technischen Interventionen sind von der Einsicht in die Notwendigkeit des Loslassens, des Geschehenlassens und Nicht-Tuns getragen, wie es der chinesische Taoismus als Wu-Wei ausdrückt.

6.2 *Die therapeutische Beziehung*

Da wir im vorangegangenen Abschnitt bereits einiges zur Beziehung zwischen Therapeut und Klient gesagt haben, sei an dieser Stelle nur dargestellt, was die Analytische Psychologie unter dem Begriff der *dialektischen Beziehung* versteht. Im therapeutischen Prozeß begegnen sich nicht ein überlegener und besserwissender Therapeut und ein hilfloser Patient, sondern zwei gleichgestellte Menschen in ihrer Individualität und Einmaligkeit. Der Therapeut hat zwar durch seine eigene (Lehr-)Analyse und seine Berufserfahrung dem Klienten gegenüber gewisse Kenntnisse über die Hindernisse, Schwierigkeiten und Möglichkeiten der psychischen Entwicklung voraus, vermag aber nicht zu wissen, wohin das Selbst des Patienten letztendlich strebt. Da er vom Patienten ein ganzheitliches Einlassen auf die Therapie fordert, muß er ihm ebenso ganzheitlich begegnen. Dadurch aber kommt es zu einer tiefgreifenden Wechselwirkung zwischen beiden. Beide lernen voneinander, beide ertragen einander in ihrer Einseitigkeit und Unbewußtheit, beide wandeln einander.

Wie vielschichtig die Beziehung zwischen Therapeut und Patient ist, zeigt folgendes Diagramm:

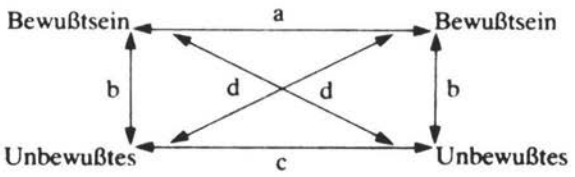


Abb. 3: Beziehungs-Diagramm
Aus: *Dieckmann, H.*, Methoden der Analytischen Psychologie, Olten 1979, S. 207.

Daraus ist zu ersehen, daß Therapeut und Klient nicht nur auf der bewußten Ebene miteinander kommunizieren (Linie a), sondern ständig von eigenen unbewußten Faktoren (Linie b), wie auch unbewußt von bewußten Faktoren des Dialogpartners (d), beeinflußt werden. Schließlich scheinen auch, wie *Dieckmann* (1980) zeigt, unbewußte Inhalte des einen Partners unbewußte Wirkung beim anderen Partner auslösen zu können (c), besonders dann, wenn in der Psyche archetypische Wirkfelder aktiviert sind. Die auf dieser Ebene ablaufenden Kommunikationen sind nur teilweise erklärbar, z. B. durch unbewußt

wahrgenommene Signale des Körperausdrucks, teilweise fehlen uns noch befriedigende Erklärungsmodelle. Sie erscheinen uns paranormal oder synchronistisch.

Aufgrund der Komplexität dieses Beziehungs- und Kommunikationsnetzes, in dem der Dimension des Unbewußten als dem dritten Dialogpartner eine entscheidende Rolle beigemessen wird, glaubt der analytische Therapeut nicht, daß es irgendeine Technik oder irgendein Verhalten gibt, mit dem er sich aus dem therapeutischen Prozeß selbst heraushalten kann. Deshalb versucht er auch nicht, durch besondere Beziehungsrituale oder Settingformen eine distanziert objektive Begegnung herzustellen. Vielmehr begegnet er mit seiner größtenteils subjektiven Wirklichkeit der subjektiven Wirklichkeit des Klienten. Das kommt auch darin zum Ausdruck, daß er in der Regel dem Klienten gegenübersitzt und sich dessen Wahrnehmungen nicht entzieht. Wie aber das technische Vorgehen vom therapeutischen Prozeß und der Situation des Patienten bestimmt wird, so kann sich auch die äußere Begegnungsform den Erfordernissen gemäß verändern: z. B. die Häufigkeit der Wochenstunden (durchschnittlich zwei Stunden in der Woche) kann variieren oder es kann notwendig sein, daß sich der Klient zur Förderung eines regressiven Prozesses für eine bestimmte Zeit auf die Couch legt.

6.3 Prozeßvariablen: Widerstand und Übertragung

Das ganzheitliche Einlassen des Therapeuten auf den therapeutischen Prozeß hat natürlich Konsequenzen im Hinblick auf den Umgang mit den Phänomenen des *Widerstandes*. Wie bei den anderen tiefenpsychologischen Richtungen ist es auch für die analytische Psychotherapie ein Teilziel, die spezifische Form des Widerstandes, mit der sich der Patient unbewußt gegen Bewußtwerdung, Wandlung und Reifung wehrt, zu verstehen und aufzulösen. Widerstand kann aber auch eine notwendige Schutzfunktion für den Klienten haben oder als Fortschritt der Ich-Stärkung bewertet und unterstützt werden, so daß es in vielen Fällen sinnvoller und heilbringender ist, *mit* dem Widerstand des Klienten zu gehen, anstatt ihn zu beheben oder gar zu brechen. Schließlich kann aber der Widerstand des Klienten gegen eine therapeutische Intervention durchaus berechtigt sein, denn der Therapeut ist nicht gegen Fehler, Vorurteile, eigene Unbewußtheit oder Einseitigkeit geschützt.

Wie *Dieckmann* (1979, S. 210) feststellt, sind die Widerstandsphänomene, die im therapeutischen Prozeß auftauchen, mindestens zu 50 % mitbedingt durch den unbewußten Widerstand des Therapeuten, der sich auf die Wirklichkeit des Klienten nicht einzustellen vermag. Das kann z. B. an seinen unbewußten Komplexen oder an seinen typologischen Voraussetzungen liegen. Ein Therapeut mit dominanter Denkfunktion hat mit gewisser Wahrscheinlichkeit Widerstände gegen das Aufkommen und Erlebenlassen von Gefühlen und neigt dazu, Deutungen und theoretische Erklärungen zu geben, während ein Therapeut mit dominanter Fühlfunktion seinen Klienten vielleicht sehr empathisch und warm zu begegnen vermag, ihn aber nicht in seiner geistigen Einsichtsfähigkeit und intellektuellen Entwicklung fördern kann. Auch eine mehrjährige Lehranalyse ist nicht in der Lage, alle wesentlichen Komplexe des Therapeuten bewußt zu machen und aufzulösen oder alle Ich-Funktionen zu differenzieren. Aber es ist nicht das eigentliche Problem, daß der Therapeut Einseitigkeiten und Unbewußtheiten aufweist, sondern daß er sich dieser Beschränktheit bewußt bleibt und den Widerstand des Klienten zunächst als berechtigt ansieht. *Jung* pflegte in diesem Zusammenhang die Geschichte vom Regenmacher zu erzählen, der sich, wenn er bei einer großen Trockenheit und Dürre zum Regenmachen beauftragt wurde, drei Tage in sein Zelt zurückzog und meditierte. Wenn es ihm dadurch gelungen war, sich selbst in Ordnung zu bringen, setzte spontan der Regen ein. Auch das bedeutet nämlich „dialektischer Prozeß": In der Begegnung und Auseinandersetzung mit dem Patienten muß sich der Therapeut selbst immer wieder in Frage stellen, verändern und in Ordnung bringen lassen.

Die ständige Wandlungsbereitschaft ist auch die Voraussetzung für ein fruchtbares Umgehen mit dem Phänomen der *Übertragung und Gegenübertragung*. Für die Analytische Psychologie sind diese Prozeßvariablen wichtige, aber nicht die einzigen Zugangswege zu den unbewußten Inhalten.

Die dialektische Beziehung erschwert eine säuberliche Unterscheidung zwischen dem, was der Patient aufgrund seiner früheren Erfahrung mit Beziehungspersonen auf den Therapeuten überträgt und dem, was der Wirklichkeit des Therapeuten entspricht. Aus diesen und anderen Gründen erscheinen die Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen in der analytischen Therapie manchmal weniger deutlich und transparent, können aber eine stärkere Dynamik, Kreativität und Bezogenheit entfalten. Durch den visuellen Kontakt, den Therapeut und Klient miteinander haben, und das persönliche Einlas-

sen des Therapeuten in die dialektische Beziehung muß er sich auch dem Urteil und der Kritik des Klienten aussetzen, was eine erhöhte Frustrationstoleranz und Bereitschaft zur Selbsterkenntnis erforderlich macht.

Ein junger Klient träumt z. B. wiederholt, daß Lehrer an ihn zu leichte und naive Fragen richteten und er sich von ihnen etwas auf den Arm genommen fühlte. Als der Traum in bezug auf die therapeutische Situation besprochen wurde, stellte sich heraus, daß sich der Klient vom Therapeuten unterfordert fühlte. Der Therapeut war offenbar als Folge einer Gegenübertragungsreaktion in eine allzu fürsorgliche Eltern-Ich-Rolle, wie es die Transaktionsanalytiker nennen würden, gefallen und hatte eigene naive Seiten auf den Klienten projiziert, wodurch sich dieser berechtigterweise in seinem Bedürfnis, als junger Erwachsener ernst genommen zu werden, frustriert fühlte. Die Bearbeitung der Übertragungs- und Gegenübertragungsreaktionen steht auch hier — wie bei der Widerstandsanalyse — im Dienste der Bewußtwerdung sowohl des Klienten als auch des Therapeuten.

In der analytischen Psychotherapie werden die Übertragungsphänomene zusätzlich noch unter ihrem *archetypischen Aspekt* betrachtet. Es wird also nicht nur darauf geachtet, welche realen Eltern-Kind-Beziehungsmuster sich in ihnen wiederholen, sondern auch darauf, welche allgemeinmenschlichen, archetypischen und stereotypen Grundverhaltens- und Erlebensformen sich in der therapeutischen Beziehung konstellieren.

Versucht man, diese archtetypischen Beziehungskonstellationen, wie z. B. Heiler/Kranker, Lehrer/Schüler, Vater/Sohn, Mutter/Kind, Geliebter/Geliebte o. ä. auf biographische Beziehungsmuster zu reduzieren, läuft man Gefahr, den in ihnen liegenden finalen Sinn zu übersehen und damit wichtige Entwicklungsmöglichkeiten des Klienten zu unterbinden. Wenn der Klient z. B. eine starke archetypische Vater-Sohn-Übertragung auf den Therapeuten hat, also auf ihn den Archetyp des Großen Vaters projiziert, kann das damit verbundene Vertrauen und die Hoffnung den therapeutischen Prozeß intensivieren und beschleunigen und die Selbstheilungskräfte des Klienten aktivieren. In vielen Fällen ist es daher angezeigt, ein solches Übertragungsmuster nicht frühzeitig zu deuten oder aufzulösen, sondern es so lange bestehen zu lassen, bis es seine Funktion erfüllt hat und der Klient diese Projektion zurücknehmen kann, weil er beispielsweise auf dem Umweg dieser Projektion einen Zugang zum *Vater in sich selbst* gefunden hat. Die Analytische Psychologie sieht also auch im Übertragungsgeschehen letztendlich die Suche des Klienten nach Ganz- und

Selbstwerdung, die über eine Vereinigung der Polaritäten verläuft. Diese Polaritäten werden — wie alle unbewußten Inhalte — zunächst in der Projektion erlebt und von da allmählich ins Bewußtsein integriert.

Solche archetypischen Übertragungen stellen eine Versuchung und Gefahr für den Therapeuten dar, wenn er sich mit ihnen identifiziert (vgl. *Guggenbühl-Craig* 1971). Identifiziert sich beispielsweise der Therapeut mit dem *Archetyp des Großen Heilers*, verfällt er einer weit verbreiteten Therapeutenkrankheit, indem er sich im Besitz endgültiger therapeutischer Weisheit, überlegener Menschenkenntnis, alleinseligmachender Techniken und wunderwirksamer Intuitionen glaubt. Die Versuchung zu solchen therapeutischen Größen- und Magiephantasien ist besonders bei direktiven, manipulativen Interventionstechniken wie Konditionierung, paradoxe Verschreibung, Suggestion etc., gegeben. Eine solche Therapeutenhaltung läßt keine dialektische Begegnung zu. Der Therapeut unterliegt dann seinen Macht-, Manipulations- und Omnipotenztendenzen und hält den Klienten in unmündiger Abhängigkeit. Die Grenze zwischen Theorie und Scharlatanerie ist ja bekanntlich auf dem Felde der Heilung besonders schnell überschritten. Die mit den verschiedenen archetypischen Übertragungsmöglichkeiten verbundenen Gefahren lassen sich wirksam nur durch ständige Selbsterkenntnis und kollegiale Kontrolle vermeiden.

7. Anwendung

Die analytische Psychotherapie, deren eigentliches Ziel die Individuation ist, richtet sich an gesunde und kranke Menschen zugleich. Sie richtet sich an den, der in sich den Drang nach Lebenserweiterung oder -vertiefung, nach Selbst- und Sinnfindung verspürt. Der Individuationsprozeß setzt eine gewisse Persönlichkeitsreife und Ich-Entwicklung voraus, die in der Regel erst im späteren Erwachsenenalter, etwa zwischen dem 35. und 45. Lebensjahr, erreicht wird. Die Besonderheit und Differenziertheit des analytischen Verfahrens kommt deshalb meist erst bei Klienten dieses Alters und dieser entwicklungsmäßigen Voraussetzungen zum Tragen.

Bei den klassischen Neuroseformen oder bei jüngeren Klienten, bei denen die Ich-Werdung im Vordergrund der Behandlung steht, unterscheidet sich die analytische Psychotherapie in ihrer Zielsetzung, Indikationsstellung und im Vorgehen nicht wesentlich von anderen tiefenpsychologischen Richtungen. Sie gewinnt aber eine herausragende Bedeutung für Klienten, denen eine gute gesellschaftliche Anpassung

zwar gelungen ist, aber als Lebenssinn und Lebensziel nicht mehr ausreicht. Da Individuation und schöpferische Daseinsgestaltung auf allen Lebensstufen möglich ist, wenn eine innere Bereitschaft dazu vorhanden ist, gibt es für die analytische Psychotherapie prinzipiell *keine Altersgrenze*. Da sie nicht auf bestimmte therapeutische Techniken festgelegt ist, sondern ihre Technik von der Individualität des Klienten bestimmen läßt, gibt es auch keine Begrenzung des Verfahrens aufgrund technischer Voraussetzungen. Sonst aber sind die üblichen Indikationskriterien einer Langzeittherapie (ausreichende Motivation zur Behandlung, genügende geistige Differenziertheit, Introspektionsfähigkeit etc.) für die analytische Psychotherapie ebenso gültig wie für alle anderen tiefenpsychologischen Schulen.

Von ihrer ursprünglichen Konzeption her ist die analytische Psychotherapie als eine Begegnung zweier erwachsener Menschen zum Zwecke der Persönlichkeitsentwicklung und Selbst-Entfaltung gemeint. Aufgrund der nivellierenden Wirkung von Massen- und Kollektivbewegungen auf den einzelnen Menschen stand *Jung* einer *Gruppentherapie* skeptisch gegenüber. Er hielt Gruppendynamik und Individuation für kaum vereinbar. Es ist aber offensichtlich, daß, wie *Seifert* (1974) gezeigt hat, einige grundlegende Konzepte der Analytischen Psychologie gerade im Gruppenprozeß besonders gut sichtbar gemacht werden können, z. B. die verschiedenen Einstellungs- und Ich-Funktionen, der Schatten, die Begegnung mit dem anderen Geschlecht als einem äußeren und inneren Problem (Animus / Anima). Leider reicht in einer Gruppentherapie die Zeit meist nicht aus, um den einzelnen bei einer differenzierten Integration dieser Persönlichkeitsanteile ausreichend zu unterstützen. Eine Kombination von Einzeltherapie und Gruppentherapie — nacheinander —, wie sie auch im Ausbildungsgang empfohlen wird, könnte optimal sein.

Als besonders fruchtbar haben sich die Ansätze der Analytischen Psychologie, vor allem die Lehre von den Archetypen und deren Dynamik im Bewußtseinsentwicklungsprozeß, wie sie von *Neumann* systematisiert wurde, in der *Kinder- und Jugendlichentherapie* erwiesen. Das liegt u. a. an der großen Nähe des Kindes zu den unbewußten Dimensionen. Im therapeutischen Spiel (Sandspiel, vgl. *Kalff* 1979, Puppenspiel, Rollenspiel, etc.) des Kindes offenbaren sich die archetypischen Bilder und Symbole in reinster Form.

Indem sich das Kind vorbehaltlos auf das Spiel einläßt und es ihm zur symbolischen Realität wird, durchläuft es regressive und progressive Entwicklungsphasen, die zu einer Überwindung hemmender archetypischer Konstellationen und zu einer Heilung durch die positi-

ven archetypischen Wirkkräfte führen. Sehr beeindruckend und anschaulich wird das in dem von *Eschenbach* herausgegebenen Sammelwerk „Das Symbol im therapeutischen Prozeß bei Kindern und Jugendlichen" (1978) dargestellt. *Jung* hat schon sehr früh die *Familie* als Ganzheit aufgefaßt, in der sich die einzelnen Mitglieder unbewußt gegenseitig beeinflussen. Die Störungen im Kindesalter und in der kindlichen Entwicklung waren für ihn Ausdruck dafür, daß die Kinder an den ungelösten Problemen ihrer Eltern teilhaben, sie austragen und ausleben müssen. Er stellte deshalb die Forderung nach einer „Erziehung der Erzieher" auf. Dementsprechend werden in der analytischen Kinder- und Jugendlichentherapie neben der Einzelbehandlung des Kindes auch regelmäßige Elterngespräche durchgeführt, die von einigen Therapeuten auch zu familientherapeutischen Sitzungen ausgeweitet werden (*Seifert* 1981, Kap. 8 und 9).

8. Evaluation und Forschung

Der Schwerpunkt der Forschung der Analytischen Psychologie lag bisher auf der Untersuchung der archetypischen Strukturen, wie sie einerseits der Symbolik des kollektiven Unbewußten (Träume, Imaginationen etc.) und andererseits kultur- und menschheitsgeschichtlichen Prozessen zugrunde liegen. Es wurde dabei eine historisch-vergleichende Methodik angewandt. Beispielhaft dafür sind nicht nur die Arbeiten von *Jung* selbst (vgl. Abschnitt 2.2), sondern genauso die vieler seiner Schüler. *Neumann* hat mit seinem Buch „Die Große Mutter" (1974b) die bisher umfassendste und vollständigste Darstellung eines Archetyps vorgelegt. Auch verdanken wir ihm die zusammenfassende Darstellung von den archetypischen Gesetzmäßigkeiten, wie sie sich in der menschheitlichen Bewußtseinsentwicklung manifestieren. Autoren wie *Beit* (1952/1957), *Dieckmann* (1966, 1974, 1978b), *Franz* (1955, 1961, 1977), *Laiblin* (1936, 1943, 1969) haben für die Märchenforschung wertvolle Beiträge geliefert und sind international anerkannt.

Die Anregungen, die von der Analytischen Psychologie auf andere Wissenschaften (Theologie, Literaturwissenschaft und Kunst, Biologie, Physik und Mathematik) ausgegangen sind, haben wir schon erwähnt (Abschnitt 2.3).

9. Fallbeispiel

In Abschnitt 5.3 haben wir im Hinblick auf die diagnostischen Konzepte der Analytischen Psychologie von einem 24jährigen Studenten berichtet, der an einer ausgeprägten depressiven Symptomatik und

starken Selbstunwertgefühlen litt. Sein Traum vom Kampf mit dem bedrohlichen großen Fisch symbolisierte seine seelische Grundsituation, aber auch seine Entwicklungsmöglichkeiten. Wir möchten nun skizzieren, wie die Therapie weiterverlaufen ist. Der Patient hatte lange Zeit starke Widerstände und Ängste gegen das Sich-Öffnen und Sich-Einlassen in den therapeutischen Prozeß, was bei dem starken Angstkomplex (großer Fisch) verständlich war. Er befürchtete unbewußt ständig, vom Therapeuten kritisiert und abgelehnt zu werden (Übertragung des negativen Elternkomplexes). Er sprach sehr wenig, wenn er es tat nur sehr leise und kontrolliert, sonst aber schwieg er verbissen. In seiner Körpersprache jedoch signalisierte er deutlich, daß er starke Affekte herunterkämpfen mußte: Er hatte eine steife, angespannte Körperhaltung, mahlende Kiefer, knetende Hände, gelegentliches Stöhnen und Seufzen waren zu hören. Er konnte dazu nicht mehr sagen, als daß er sich wie ein Überdruckkessel vor der Explosion fühle. Daß es sich dabei aber um ein ungeheures aggressives Potential handelte, das aus einer Mischung von Wut, Verzweiflung, Trotz und Auflehnung gegen die einengenden und seine Entwicklung hemmenden Fesseln des negativen Eltern-Komplexes bestand, konnte er damals noch nicht sehen. Es wurde vielmehr auf die Eltern, auf die Gesellschaft und den Therapeuten projiziert.

Während sich auf der verbalen und dialogischen Ebene der Therapie relativ wenig abspielte, der Klient dort sogar regelrecht blockierte, war seine Beziehung zum Unbewußten um so lebendiger. Seine Träume nämlich berichtete er ausführlich und beeindruckend. Er ergänzte sie von sich aus mit Erinnerungen und Einfällen, fertigte kleine Skizzen zur Erläuterung an und beschäftigte sich allein auch weiter mit den in ihnen angesprochenen Themen. Zu einer eigentlichen Traumanalyse ist es aber selten gekommen. Er wollte seine Träume nur erzählen, aber nicht analytisch darüber sprechen. Der Therapeut spürte, daß in der Beschäftigung des Patienten mit seinen Träumen sehr viel Engagement, Lebendigkeit und schöpferisches Entwicklungspotential steckte, und ließ den weiteren Therapieverlauf von der Dynamik des Unbewußten, wie sie sich in den Träumen spiegelte, bestimmen.

Wenn wir uns auf die Aggressionsproblematik, dem zentralen Konflikt des Patienten, beschränken, so zeigt sich in den Traumbildern folgender Differenzierungs- und Bewältigungsprozeß:

Zunächst stand er einer überwältigend bedrohlichen, äußeren Gefährdung hilflos gegenüber; Menschen näherten sich ihm in mörderischer Absicht, es war Krieg, Panzer rollten und eine Atombombe explodierte. Es war verständlich, daß er sich dieses massive Potential

nicht bewußt machen konnte. Er hatte Angst, die Kontrolle über sich zu verlieren und verrückt zu werden. Nun läßt sich Atomkraft auch konstruktiv nutzen, wenn sie nicht auf einmal entfesselt, sondern ihre Energie allmählich und gesteuert freigesetzt wird. Für den Therapeuten hieß das, daß er dem Klienten viel Zeit lassen mußte und ihn aufgrund seiner aggressiv gefärbten Gegenübertragungsreaktionen (der Klient boykottierte ja durch sein Schweigen den „üblichen" Therapieverlauf) nicht noch mehr unter Druck setzen durfte. Außerdem durfte er nicht gegen den Widerstand des Patienten angehen, sondern mußte mit ihm gehen und mußte für „Kühlung" sorgen, damit der Patient sich nicht zu sehr erhitzte und möglicherweise eine Kurzschlußhandlung begangen hätte (was bei einer solchen aufgestauten, gegen sich selbst gerichteten Aggressivität leicht möglich ist). Der Therapeut sorgte für Kühlung vor allem dadurch, daß er die aggressiven Träume, Phantasien und Verhaltensweisen akzeptierte, ihre Berechtigung aus der Lebensgeschichte des Patienten heraus verstand und in gewissem Ausmaß noch unterstützte. Dadurch konnte etwas von der Überdruckenergie in erlaubte Bahnen abfließen.

Nach etwa 50 Stunden begannen sich die Traumbilder zu verändern. Die Bedrohung wurde konkreter, und der Patient war ihr nicht mehr einfach ausgeliefert, sondern konnte reagieren, erst durch Flucht, dann immer mehr mit Kampf. Letzteres war ein entscheidender Moment. Ein Teil der aggressiven Energie wurde ihm dadurch verfügbar. Er hatte etwas von seinem „Schatten" integriert, der in dem Initialtraum noch als hilfreicher Freund mit der Pistole abgespalten war. Die Konkretisierung der Bedrohung in den Träumen zeigte auch an, daß ihm die angstauslösenden Situationen und Personen bewußter wurden. Er begann Tagesphantasien zu entwickeln und sie auch zu genießen, in denen er seine Eltern verprügelte oder sie tödlich verunglücken ließ. Auch der Therapeut blieb bei dieser Abrechnung nicht verschont.

Ein Teil seiner bewußt werdenden Aggressivität verknüpfte sich mit seiner Sexualität. Erstmalig gelang es ihm zu onanieren und dabei auch lustvolle Orgasmen zu erleben. Seine exzessiv werdenden Selbstbefriedigungen waren ihm einerseits ein energetisches Ablaßventil, andererseits gaben sie ihm ein neues, unbekanntes, triumphales Gefühl der eigenen männlichen Potenz. Sein Phallus wurde ihm zur Waffe, mit dem er in seiner Phantasie Frauen vergewaltigte oder gar aufschlitzte. In dieser Zeit träumte er beispielsweise, daß er auf einem Motorrad dahinraste und in der einen Hand seinen Phallus hielt oder daß er auf einem wunderbaren schwarzen Pferd mit euphorischen Gefühlen durch die Landschaft jagte, dieses Pferd aber kaum zügeln konnte.

Natürlicherweise war es ihm noch nicht möglich, mit seiner neu erwachten Triebhaftigkeit adäquat umzugehen.

In einer dritten Phase (100.-150. Stunde) wurden die bedrohenden Traumfiguren zu realen Beziehungspersonen aus der Kindheit und Jugend (Vater, Mutter, Nachbarn, Lehrer, Klassenkameraden), mit denen er sich kämpferisch auseinandersetzte. Diese letzte reale Konkretisierung bedeutete, daß die archetypische Macht des verschlingenden Fisches aus dem Initialtraum gebrochen war, durch ihre Aufspaltung in bewußtseinsnähere Teilaspekte und Energien, die leichter integrierbar waren. In einem wichtigen Traum wurde er von seinem Vater, der ihn umbringen wollte, in einer wilden Jagd durch die ganze Wohnung hindurch verfolgt. Erst rannte er weg, versteckte sich, dann wagte er sich aus seinem Versteck heraus, trat seinem Vater gegenüber und entdeckte auf einmal, daß er von seiner panischen Angst befreit war. In einem anderen Traum wurde er von einer jungen Frau verfolgt. Als es zum anfangs gefährlich aussehenden Kampf kam, schlug die kämpferische Auseinandersetzung plötzlich in eine sehr leidenschaftliche, erotische Umarmung um und löste starke sexuelle Regungen beim Patienten aus. Aus diesen überraschenden Traumlösungen wurde deutlich, daß er einen wesentlichen Zuwachs an Stärke, Selbstvertrauen und sexueller Kontaktfähigkeit gewinnen konnte, wenn es ihm gelang, seine konkrete Angst vor einer bestimmten Auseinandersetzung und vor eigenverantwortlichem Verhalten zu überwinden.

Das wurde durch die weitere Entwicklung bestätigt. Der Klient traute sich, um eine begehrte Freundin zu rivalisieren, es gelang ihm sein erster Geschlechtsverkehr, er entwickelte Tatkraft und Lebensfreude. Die Therapie wurde mit der 150. Stunde beendet. Für den Therapeuten war an diesem Fall besonders beeindruckend, wie sehr sich die selbstregulierende Tätigkeit der Seele mit ihrer Tendenz zur Selbstverwirklichung praktisch nur über die Traumarbeit durchsetzte, ohne daß irgendwelche besondere Deutungen oder Interventionen erforderlich gewesen wären. Er bedurfte nur eines Therapeuten, der ihn akzeptierte, begleitete, verstand und unterstützte.

10. Kritische Reflexion des Verfahrens

Wenn wir von dem eigentlichen Ziel der analytischen Psychotherapie ausgehen, eine Begleitung auf dem Weg zur Individuation zu sein, stellen sich u. a. zwei wesentliche Fragen: die der Effektivität und die der Überprüfbarkeit des Verfahrens.

In verschiedener Hinsicht werden an den Klienten relativ hohe Ansprüche gestellt: geistige Differenziertheit und ein gewisser Bildungsgrad, eine starke Motivation und Bereitschaft zur Selbstauseinandersetzung, Introspektionsfähigkeit und Eigenaktivität. Die Vielzahl und Verwobenheit der in der Auseinandersetzung mit dem Unbewußten angesprochenen Inhalte, die spezifische Form des Umgangs mit der Symbolik des Unbwußten und die für den angestrebten Entwicklungsprozeß notwendige, relativ lange Therapiedauer bestimmen die Auswahl der Klientel. Viele Klienten sind nicht daran interessiert, wegen einer mehr oder weniger stark ausgeprägten psychischen Störung den schwierigen Prozeß der Individuation anzutreten, sie fühlen sich von einem solchen Anspruch überfordert. Die analytische Psychotherapie hat sich wohl wie keine andere tiefenpsychologische Richtung mit dem Vorwurf des Elitären auseinanderzusetzen. Sie sieht sich deshalb auch mit der Frage nach einem angemessenen Kosten-Nutzen-Verhältnis (z. B. Krankenkassenkosten) und der sozialen Bedeutsamkeit konfrontiert. Die daraus abzuleitende Forderung nach einer persönlichkeits- und situationsdiagnostischen Abklärung der Wahl des Verfahrens, die eine enge Zusammenarbeit mit anderen Therapieformen (Verhaltenstherapie, Gesprächstherapie, Familientherapie) notwendig machen würde, wird noch nicht in genügendem Maße erfüllt.

Obwohl die Ausbildungsrichtlinien und der tatsächliche Ausbildungsgang hohe Anforderungen an die Qualifikation des Therapeuten stellen, bleibt, durch die Offenheit der Zielsetzung der Analytischen Psychologie bedingt, für den persönlichen Stil des Therapeuten und die von ihm angewandte Methode viel freier Raum. Dadurch wird ein Vergleich des Vorgehens der Therapeuten innerhalb der analytischen Psychotherapie wie auch zwischen den unterschiedlichen tiefenpsychologischen Therapieformen erschwert. Dem Vorteil der Offenheit und Freiheit steht damit der Nachteil der schwer durchzuführenden wissenschaftlichen Prüfung und Effizienzkontrolle des Verfahrens gegenüber.

11. Zusammenfassung

In der vorliegenden Einführung haben wir gezeigt, daß die Analytische Psychologie einerseits eng mit der Persönlichkeit und der Erfahrung *Jungs* verbunden ist, andererseits auf archetypische Ideen zurückgeht, die seit alters her in der Menschheits- und Kulturgeschichte auftauchen.

Ihr Menschen- und Weltbild ist gekennzeichnet durch Begriffe wie Ganzheit und Polarität, Gegensatzvereinigung, Individuation, Archetyp und Einheitswirklichkeit. Ihr tiefstes Anliegen ist die Verwirklichung und die Erfahrung des Selbst, was gleichbedeutend ist mit dem, was in den religiösen Systemen der Menschheit als Durchbruch zur Transzendenz, zur Mitte und dem eigentlichen Wesen des Menschen bezeichnet wird. Im Individuationsprozeß kommt es durch Bewußtmachung von persönlichen wie kollektiven Inhalten des Unbewußten zu einer Annäherung an dieses Selbst, das vom Anfang bis zum Ende des menschlichen Lebens seine Entwicklung zielstrebig steuert.

Kommt es zu einer Hemmung der Selbstentfaltung und werden wesentliche Anteile des Selbst nicht gelebt, entwickeln sich psychische, psychosomatische und somatische Störungen. Da wesentliche Ursachen dafür im Konflikt der selbstverwirklichenden Tendenzen des Individuums mit den einseitigen und einschränkenden gesellschaftlichen Strukturen liegen, kann der Individuationsprozeß nicht nur zu einer Gesundung des Indivduums, sondern auch der Gesellschaft führen. Die Therapie, die sich an Kranke und Gesunde gleichermaßen wendet, versteht sich als eine schöpferische, dialogische Beziehung zwischen zwei Individuen, die sich beide gleichermaßen auf die Begegnung mit der unbewußten Dimension einlassen und von ihr gewandelt werden. Durch die daraus resultierende Offenheit für das Individuelle und Einmalige der Begegnung spielen in der Analytischen Psychotherapie Techniken und Prozeßvariablen (wie z. B. Abwehr, Widerstand, Übertragung und Gegenübertragung) eine veränderte Rolle gegenüber anderen tiefenpsychologischen Richtungen.

Geht es in der Analytischen Psychotherapie primär um die Ich-Entwicklung und Stabilisierung des Klienten, so werden gruppendynamische, familientherapeutische und abkürzende (im Sinne einer fokussierenden Komplexbearbeitung) Verfahren mit einbezogen; geht es aber primär um die Selbst-Entfaltung, so ist die Analytische Psychotherapie vornehmlich als langzeitorientierte Einzelanalyse konzipiert (teilweise mit größeren Stundenabständen).

Am Beispiel eines 24jährigen Patienten mit depressiver Symptomatik wurde gezeigt, wie ein therapeutischer Prozeß hauptsächlich über die selbstregulierende Dynamik des Unbewußten gesteuert werden kann.

Literatur

Adler, G., Zur Analytischen Psychologie, Rascher, Zürich 1952

Ammann, A., Aktive Imagination, Walter, Olten 1978

Beit, H. v., Symbolik des Märchens, Bd. I, und: Gegensatz und Erneuerung im Märchen, Bd. II, Francke, Berlin 1952 und 1957

Blanck, G., Blanck, R., Angewandte Ich-Psychologie, Klett-Cotta, Stuttgart 1978
—, Ich-Psychologie II, Klett-Cotta, Stuttgart 1980
Capra, F., Der kosmische Reigen, Scherz, Bern/München/Wien 1978²
—, Wende-Zeit, Scherz, Bern/München/Wien 1983
Dieckmann, H., Märchen und Träume als Helfer des Menschen, Bonz, Stuttgart 1966
—, Individuation in Märchen aus 1001 Nacht, Bonz, Stuttgart 1974
—, Träume als Sprache der Seele, Bonz, Stuttgart 1978a
—, Gelebte Märchen, Gerstenberg, Hildesheim 1978b
—, Methoden der Analytischen Psychologie, Walter, Olten 1979
— (Hrsg), Übertragung und Gegenübertragung in der Analytischen Psychologie, Gerstenberg, Hildesheim 1980
Eschenbach, U. (Hrsg.), Das Symbol im therapeutischen Prozeß bei Kindern und Jugendlichen, Bonz, Stuttgart 1978
Ferguson, M., Die sanfte Verschwörung, Sphinx, Basel 1982
Franz, M.-L. v., Bei der schwarzen Frau, in: Studien zur Analytischen Psychologie C. G. Jungs, Bd. I, Rascher, Zürich 1955
—, Das Problem des Bösen im Märchen, in: Das Böse, Studien aus dem C.-G.-Jung-Institut Zürich, Bd. XIII, Rascher, Zürich 1961
—, Der Individuationsprozeß, in: Jung, C. G., Der Mensch und seine Symbole, Walter, Olten 1968, S. 160-229
—, Zahl und Zeit, Klett, Stuttgart 1970
—, Aurora Consurgens, Mysterium Coniunctionis, Bd. III, Walter, Olten 1971
—, C. G. Jung. Wirkung und Gestalt, Huber, Frauenfeld 1972
—, Das Weibliche im Märchen, Bonz, Stuttgart 1977
—, Spiegelungen der Seele, Kreuz, Stuttgart 1978
—, Die Erlösung des Weiblichen im Manne, Insel, Frankfurt 1980
—, Zeit, Insel, Frankfurt 1981
—, *Hillmann, J.*, Zur Typologie C. G. Jungs, Bonz, Fellbach 1980
Grof, S., Topographie des Unbewußten, Klett-Cotta, Stuttgart 1978
Guggenbühl-Craig, A., Macht als Gefahr beim Helfer, Karger, Basel 1971
Hall, J., Arbeit mit Träumen in Klinik und Praxis, Junfermann, Paderborn 1982
Heyer, G. R., Der Organismus der Seele, Lehmanns, München 1932
—, Vom Kraftfeld der Seele, Klett, Stuttgart 1949
—, Seelenkunde im Umbruch der Zeit, Huber, Stuttgart 1964
Jacobi, J., Der Weg zur Individuation, Rascher, Zürich 1965
—, Vom Bilderreich der Seele, Walter, Olten 1969
—, Mensch und Seele, Walter, Olten 1971
—, Die Psychologie von C. G. Jung, Walter, Olten 1972⁶
Jaffé, A., Erinnerungen, Träume, Gedanken von C. G. Jung, Rascher, Zürich 1962
—, Der Mythos vom Sinn im Werk von C. G. Jung, Walter, Olten 1978
Jung, C. G., Seelenprobleme der Gegenwart, Rascher, Zürich 1931
—, Erinnerungen, Träume, Gedanken, aufgezeichnet und herausgegeben von Jaffé, A., Walter, Olten 1962
—, Mysterium Coniunctionis, GW XIV, Bd. I und II, Walter, Olten 1972²a
—, Psychologie und Alchemie, GW XII, Walter, Olten 1972b
—, Briefe in drei Bänden, hrsg. von Jaffé, A., in Zusammenarbeit mit Adler, G., Walter, Olten, Bd. I (1906-1945) 1972c, Bd. II (1946-1955) 1972d, Bd. III (1956-1961) 1973a
—, Zur Psychologie westlicher und östlicher Religionen, GW XI, Walter, Olten 1973²b
—, Die Beziehungen zwischen dem Ich und dem Unbewußten, in: Zwei Schriften über Analytische Psychologie, GW VII, Walter, Olten 1974²

—, Theoretische Überlegungen zum Wesen des Psychischen, in: Die Dynamik des Unbewußten, GW VIII, Walter, Olten 1976²a
—, Synchronizität als Prinzip akausaler Zusammenhänge, in: Die Dynamik des Unbewußten, GW VIII, Walter, Olten 1976²b
—, Über den Archetypus mit besonderer Berücksichtigung des Anima-Begriffes, in: Die Archetypen und das kollektive Unbewußte, GW IX/1, Walter, Olten 1976²c
—, Die psychologischen Aspekte des Mutter-Archetypus, in: Die Archetypen und das kollektive Unbewußte, GW IX/1, Walter, Olten 1976²d
—, Über Wiedergeburt, in: Die Archetypen und das kollektive Unbewußte, GW IX/1, Walter, Olten 1976²e
—, Über Mandalasymbolik und Mandalas, in: Die Archetypen und das kollektive Unbewußte, GW IX/1, Walter, Olten 1976¹f
—, Aion, Untersuchungen zur Symbolgeschichte, GW IX/2, Walter, Olten 1976g
—, Psychologische Typen, GW VI, Walter, Olten 1978³a
—, Studien über alchemistische Vorstellungen, GW XIII, Walter, Olten 1978b
—, Über Grundlagen der Analytischen Psychologie, in: Das symbolische Leben, GW XVIII/1, Walter, Olten 1981, zit. nach Jacobi 1971, S. 63
—, *Pauli, W.*, Naturerklärung und Psyche, Rascher, Zürich 1952
—, *Wilhelm, R.*, Das Geheimnis der goldenen Blüte, Walter, Olten 1971³
Kalff, D., Das Sandspiel — seine therapeutische Wirkung auf die Psyche, Rentsch, Erlenbach-Zürich 1979²
Kindler, N., G. R. Heyer in Deutschland, in: Tiefenpsychologie, Hrsg. *Eicke, D.*, Bd. 4, Individualpsychologie und analytische Psychologie, Beltz, Weinheim/Basel 1982 (Kindlers „Psychologie des 20. Jahrhunderts"), S. 310-330
Laiblin, W., Das Urbild der Mutter, Zentralblatt für Psychotherapie und ihre Grenzgebiete, 9, 1936
—, Die Symbolik der Erlösung und Wiedergeburt im deutschen Volksmärchen. Zentralblatt für Psychotherapie und ihre Grenzgebiete, 15, 1943
—, Die Symbolik der Wandlung im Märchen, in: Wege der Forschung, Bd. CII, Märchenforschung und Tiefenpsychologie, Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt 1969
Lair, J., Mutual-Need-Therapie, in: Corsini, R., Handbuch der Psychotherapie, Beltz, Weinheim/Basel 1983, Bd. I, S. 755-767
Meier, C. A., Die Empirie des Unbewußten, Rascher, Zürich 1968
—, Die Bedeutung des Traumes, Walter, Olten 1972
—, Bewußtsein, Walter, Olten 1975
—, Persönlichkeit, Walter, Olten 1977
Müller, L., Para, Psi und Pseudo, Ullstein, Berlin 1980
Neumann, E., Das Kind, Rhein, Zürich 1963
—, Tiefenpsychologie und neue Ethik, Reihe „Geist und Psyche", Bd. 2005, Kindler, München 1973³
—, Ursprungsgeschichte des Bewußtseins, Reihe „Geist und Psyche", Bd. 2042, Kindler, München 1974²a
—, Die Große Mutter, Walter, Olten 1974b
—, Zur Psychologie des Weiblichen, Reihe „Geist und Psyche", Bd. 2051, Kindler, München 1975²
Prokop, H., Erich Neumann in Israel, in: Tiefenpsychologie, Hrsg. Eicke, D., Bd. 4, Individualpsychologie und Analytische Psychologie, Beltz, Weinheim/Basel 1982 (Kindlers „Psychologie des 20. Jahrhunderts"), S. 331-342

Schlegel, L., Grundriß der Tiefenpsychologie, Bd. IV, Die Polarität der Psyche und ihre Integration, Francke, München 1973 (UTB 216)
Seifert, Th., Die Gruppentherapie im Rahmen der Analytischen Psychologie, Zeitschrift für Analyt. Psychol. und ihre Grenzgebiete, 5, 1974
—, Lebensperspektiven der Psychologie, Walter, Olten 1981
Spring, An Annual of Archetypal Psychology and Jungian Thought, Spring Publications, New York City 1973
Wolff, T., Studien zu C. G. Jungs Psychologie, Rhein, Zürich 1959

Bioenergetische Analyse
Der Verrat am Körper
Waldemar Kufner

1. Definition des Verfahrens

1.1

Historisch erkennt die bioenergetische Analyse ihre Herkunft aus der *Reich*'schen charakteranalytischen Vegetotherapie an, von der sie sich nicht so deutlich unterscheidet wie jene von der Psychoanalyse *Freuds*. Die Grundaussage *Reichs* von der funktionalen Identität und Antithese von Psyche und Soma und die Funktion der Sexualität innerhalb der Person sind weiterhin Grundlagen der bioenergetischen Analyse.

1.2

Das Verfahren gewinnt Eigenständigkeit durch die Weiterentwicklung der Charakterstrukturen sowie die Entwicklung des grounding-Konzepts, eine Arbeit, die überwiegend durch A. *Lowen* geleistet wurde. Es ist unter diesem Gesichtspunkt berechtigt, *Lowen* als Gründer der bioenergetischen Analyse zu bezeichnen. Im Bezug auf das Therapieziel heißt es, daß das Erreichen des Orgasmus-Reflexes auf der Couch als Hinweis darauf, daß alle Verspannungen gelöst sind, nicht mehr ausreicht, sondern daß Selbständigkeit in Bezug auf die eigenen Gefühle, die eigenen Gedanken und Phantasien, die eigene Sexualität in der Weise besteht, daß die Person mit sich selbst, mit dem Boden, auf dem sie steht, und mit den Personen, die sie umgeben, in Kontakt ist.

Dieses erweiterte Ziel erreicht die bioenergetische Analyse dadurch, daß sie noch vermehrt die Aufmerksamkeit auf analytisches Arbeiten an den Charakterstrukturen und den ihnen inhärenten Haltungen richtet.

1.3

Durch diese erweiterte Zielsetzung transzendiert die Methode die Grenze des therapeutischen Ansatzes. Sie trägt in sich die Möglichkeit, zur Lebensform zu werden, also zu mehr als zu einer Ideologie.

2. Geschichte

Mit der bioenergetischen Analyse kommt ein therapeutisches Verfahren nach Europa zurück, das seine Entwicklung in den Vereinigten Staaten nehmen konnte, als in Europa der Nationalsozialismus herrschte. Die Quellen, aus denen sich die bioenergetische Analyse entwickelt hat, liegen in Europa. Die Geschichte der bioenergetischen Analyse ist die Geschichte der Psychoanalyse.

2.1 Vorläufer

2.1.1

Ohne die *Freud*'sche Psychoanalyse ist die bioenergetische Analyse in dieser Form nicht vorstellbar. Es soll anschließend versucht werden, die Grundlagen für die logische Weiterentwicklung der Psychoanalyse durch *Wilhelm Reich* im Werk *S. Freuds* zumindest zu einem Teil zu beleuchten, mit dem Schwerpunkt, die biologischen Grundlagen zu beachten. Bekanntermaßen gehörte *Freuds* Hauptaugenmerk bis zu seinem vierzigsten Lebensjahr der Neurologie, entsprechend die Titel seiner Veröffentlichungen: Über Gehirnanatomie, über die Auswirkungen von Kokain, der Hypnose, über Aphasie, die kathartische Psychotherapie, die zerebrale Paralyse bei Kindern. Erst 1895 begann sich der Bereich der Psychologie als herrschende Leidenschaft abzuzeichnen (16). Der Entwurf einer Psychologie gilt als Versuch, die Absicht zu verwirklichen, eine neurophysiologische Theorie der Verdrängung aufzustellen. Diese Absicht wurde im Laufe der Niederschrift dann allerdings aufgegeben. Es wurde das erklärte Ziel *Freuds*, die Psychopathologie der Aktual- und Psychoneurose und weiterhin auch das Seelenleben des Gesunden mit einem psychologischen Modell zu erklären. Seine Forschung über die Triebe und ihre Schicksale jedoch, sowie die Versuche, bestimmte Charaktere festzulegen, führten immer wieder in die Richtung, daß es letztlich eine biologische oder physiologische oder organische Begründung auch für die psychopathologischen Phänomene der Neurose geben müsse. Um die Jahrhundertwende, in der engen Zusammenarbeit mit *Fliess*, gewinnen derartige Überlegungen an Boden; *Freud* erwartet von *Fliess* unter anderem, ihm bei der Herausarbeitung der physiologischen Basis seiner klinisch-psychologischen Befunde behilflich zu sein (16). Die Arbeiten über Angstneurose bringen beispielsweise eine Wendung von der Forderung rein psychogener Ursachen zur Forderung nach rein somatischen Ursachen, also die Theorie von der Umwandlung sexueller Erregung in neurotische

Angst: Angehäufte Erregung, bedingt durch Störungen in der Abfuhr der Sexualspannung, sucht sich ihren Weg nach außen mittels Umwandlung in Angst. Dieser energetisch-ökonomische Aspekt in bezug auf die Angst, die in gewisser Weise repräsentativ für alle Affekte stehen kann, wird von *Freud* bis zum Jahre 1926 aufrechterhalten, dann verliert *Freud* nach eigenen Worten ganz einfach das Interesse an diesem Aspekt (17). Als Ausdruck einer primären Angst als Angstmuster für alle späteren Angstzustände (Geburtstrauma) gibt *Freud* jedoch die energetisch-ökonomische Position nie ganz auf. Beim Studium der Phobien kommt *Freud* zu dem Ergebnis, daß die Angst die Verdrängung, und nicht wie früher die Verdrängung die Angst macht, also daß die Angst der Phobien eine Ich-Angst, Kastrationsangst sei und, in Erweiterung dieser Kenntnis, daß Angst eine Reaktion auf die Gefahr des Objektverlusts sei (18). In derselben Arbeit untersucht *Freud* auch die Affekte Trauer und Schmerz, die auch im Zusammenhang mit Objektverlust auftreten; in Ergänzung sagt er dazu später:

„Zur Psychologie der Gefühlsvorgänge liegt so wenig vor, daß die nachstehenden schüchternen Bemerkungen auf die nachsichtigste Beurteilung Anspruch erheben dürfen." (*Freud* 1926)

Im Zusammenhang mit diesem Themenkreis wird *Darwins* Einfluß auf *Freud* besonders deutlich. *Freud* zitiert eine Studie über Hysterie, betreffend eine Reihe neuralgischer Symptome, wie z. B. die Empfindung eines Stichs in der Herzgegend, entsprechend der Aussage „es hat mir einen Stich ins Herz gegeben":

„All diese Sensationen und Innervationen gehören dem Ausdruck der Gemütsbewegungen an, der, wie *Darwin* gelehrt hat, aus ursprünglich sinnvollen und zweckmäßigen Leistungen besteht" (zit. nach 20).

Aussagen von *Freud* unter dem energetisch-ökonomischen Aspekt zu Gemütsbewegungen finden sich in „Hemmung, Symptom und Angst" zu den Affekten Angst, Schmerz und Trauer. In dem Maß, in dem Angst vom Es ins Ich lokalisiert wird, wird sie als Reaktion auf die Gefahr eines Objektverlustes begriffen. Schmerz, eine weitere Folge des Objektverlustes, entsteht in Analogie zu einem äußeren Schmerzreiz

„durch die intensive, infolge ihrer Unteilbarkeit stets anwachsende Sehnsuchtsbesetzung des vermißten Objektes, (die) dieselben ökonomischen Bedingungen wie die Schmerzbesetzung der verletzten Körperstelle schafft und (die) es möglich macht, von der peripherischen Bedingtheit des Körperschmerzes abzusehen. Der Übergang vom Körperschmerz zum Seelenschmerz entspricht dem Wandel von narzißtischer zu Objektbesetzung. Die vom Bedürfnis hoch besetzte Objektvorstellung spielt die Rolle der vom Reizzuwachs besetzten Körperstelle" (*Freud*, 1926, S. 308).

In den Vorlesungen (1917) sowie in der neuen Folge (1933) befaßt sich *Freud* mit dem Angstaffekt und Triebaspekt unter energetischen Gesichtspunkten. Überlegungen zur Rolle der Verdrängung führen auch zur Frage, was — vom Es her gesehen — bei der Verdrängung an der bekämpften Triebregung vorgeht.

„Unser Interesse fragt hauptsächlich, was geschieht mit der Energie, der libidinösen Ladung dieser Erregung, wie wird sie verwendet?" (*Freud*, 1933, S. 526)

Er führt hier z. B. den Begriff des traumatischen Momentes ein, als welcher ein Zustand bezeichnet wird, der hochgespannte Erregung hervorruft, der als Unlust verspürt wird und den man durch Entladung nicht beenden kann. Dabei hängt es von der Größe der Erregungssumme ab, ob ein Trauma entsteht. Reize, die von innen traumatisch wirken, sind an Triebe gebunden, und gerade die Untersuchungen der Triebe, ihre Energie, der Libido, führen immer wieder in den Fundus der Biologie.

„So eifersüchtig wir sonst die Unabhängigkeit der Psychologie von jeder anderen Wissenschaft verteidigen, hier stehe man doch im Schatten der unerschütterlichen biologischen Tatsache, daß das Leben der Einzelwesen zwei Absichten diene, der Selbsterhaltung und der Arterhaltung ... Man treibe hier eigentlich biologische Psychologie, studiere die psychischen Begleiterscheinungen biologischer Vorgänge. Als Vertreter dieser Auffassung sind die Ich-Triebe und die Sexualtriebe in der Psychoanalyse eingezogen." (*Freud*, 1933, S. 529)

In Erweiterung dieses Aspektes, auf der Prämisse eines Triebdualismus verweilend, kommt *Freud* letztlich zum Gegensatz Sexualtriebe — Aggressionstriebe, Eros — Thanatos. Kurzfristig hatte *Freud* im Zusammenhang mit Studien zur Ich-Psychologie und zum Narzißmus erwogen, den Triebdualismus aufzugeben und den Begriff Libido mit psychischer Energie gleichbedeutend zu gebrauchen (1933). Von diesem dualistischen Denkansatz her war es logisch, von den Erfahrungen mit Patienten her geleitet, die *Freud* als negative therapeutische Reaktion, Wiederholungszwang und primären Masochismus bezeichnete, einen Trieb zu fordern, der konservativen Charakter habe, konservativ in der Weise, daß er zum Ausgangspunkt zurückkehre (Todestriebtheorie). Auf die *Freud*schen Ansätze der Charakterkunde sei kurz verwiesen, im Zusammenhang mit *Abraham* wird anschließend kurz darauf eingegangen.

Versteht man *Freud* als Exponenten der wissenschaftlichen Entwicklung seiner Zeit, werden wissenschaftliche Entwicklungen deutlich, die zur Entwicklung der Psychoanalyse wesentlich beigetragen haben und mit folgenden Namen verbunden sind: *Darwin* ist bereits erwähnt: Seine Evolutionstheorie lieferte *Freud* die letztkausalen Ansätze seines Denkens. Der gemeinsame Einfluß *Darwins* setzt *Freud* in Beziehung

zu einer ganzen Reihe von Persönlichkeiten, die die Sexualität neu entdeckten, wie Havelock *Ellis*, Albert *Moll* und auch Wilhelm *Fliess*, deren Einfluß, zusammen mit dem Einfluß Ernst *Haeckels* (die Ontogenese wiederhole die Phylogenese) nicht zuletzt *Freud* bewogen hatte, die physico-chemische Konzeption, also die direkt kausale Betrachtungsweise der Psychosexualität durch eine evolutionäre und phylogenetische zu ersetzen. Die ersten physico-chemischen Ansätze zur Erklärung psychopathologischer Phänomene weisen auf das reduktionistische Denkmodell der *Helmholtz*schen Schule hin (Siehe auch 20). So gesehen ist die Arbeit *Freuds* voll von Hinweisen, Anfängen und auch grundlegenden Ansatzpunkten und Ergebnissen für eine ganzheitliche biologische Betrachtung des Menschen (20).

Diese Entwicklung der Psychoanalyse hat in konsequentester und radikalster Form Wilhelm *Reich* vollzogen, der als direkter Vorläufer der bioenergetischen Analyse zu betrachten ist.

2.1.2

Karl *Abraham*, neben *Ferenczi* der bedeutendste Mitarbeiter und Schüler *Freuds*, war zu Lebzeiten einer der geachtetsten und erfolgreichsten Psychoanalytiker, er war der erste deutsche Psychoanalytiker, gründete als solcher die erste psychoanalytische Zweigvereinigung der internationalen psychoanalytischen Vereinigung in Berlin, noch vor der Wiener und Züricher Vereinigung. Seine grundlegenden Arbeiten sind Ausgangspunkt für die Entwicklung der psychoanalytischen Psychoseforschung und der psychoanalytischen Charakterologie. Wie die Bezugnahmen in *Abrahams* analytischen Studien zur Charakterbildung zeigen, wurde auf breiter Ebene bereits an einer Charakterologie gearbeitet. Erwähnt werden Arbeiten von *Sadger*, *Ferenczi* und *Jones* z. B., auf die charakterologischen Schriften *Freuds* wird immer wieder Bezug genommen. Neben lesenswerten, treffenden Beschreibungen des analen Charakters erweitert *Abraham* die Charakterologie um den oralen und genitalen Charakter. Bereits *Freud* hatte ja durch die Zuordnung von beschreibbaren Charakterzügen zu Entwicklungsstufen kindlicher Sexualität, vor allem der Analität, die Vorarbeiten für eine dynamische Betrachtungsweise gelegt. *Abraham* ergänzt diese Arbeit durch das Errichten einer charakterologischen Hierarchie. Dabei ist es der genitale Charakter, der, auf der Basis eines gelösten Ödipus-Komplexes entstehend, dem einzelnen die Möglichkeit gibt, im Einklang mit seinen Gefühlen und seiner Sexualität eine relativ ungestörte sexuelle Entwicklung zu nehmen. Dieses Ergebnis ist noch abhän-

gig vom Durchlaufen der vorangegangenen libidinösen Entwicklungsstufen, der oralen und analen, wobei die Möglichkeit, daraufhin zu regredieren, beschrieben wird. Eine Person mit entsprechender Fixierung kann z. B. im Laufe ihres Lebens ihr Augenmerk vom Austausch zärtlicher und sexueller Gefühle abwenden und dafür dem Ansammeln von Macht, meistens in Form von Geld, ein typischer analer Zug also, zuwenden. Desgleichen wird dem Charakter allgemein eine recht große Plastizität zugeschrieben:

„Die Betrachtung des Charakters in ständiger und engster Verbindung mit allen übrigen Erscheinungen der Psychosexualität sowie der Tatsache der Wandelbarkeit des Charakters auch jenseits des kindlichen Alters bilden die Grundlage, von der aus eine Regulierung abnormer Charakterbildungen auf psychoanalytischem Weg möglich wird. Die Praxis stellt uns keineswegs bloß vor die Aufgabe, neurotische Krankheitserscheinungen im engeren Sinn zu behandeln. Oft genug haben wir neben diesen oder sogar in erster Linie krankhafte Spielarten der Charakterbildung zu behandeln. Die bisherigen Erfahrungen auf diesem Gebiet dürfen wir dahin zusammenfassen, daß die Charakteranalyse zu den schwierigsten Leistungen gehört, die vom Psychoanalytiker gefordert werden, sicher aber auch in einem Teil der Fälle zu den dankbarsten." (*Abraham*, 1925)

2.1.3

Die Fortentwicklung der psychoanalytischen Technik durch *Ferenczi*, die sogen. aktive Technik, begründet dieser auch mit der Erfahrung, daß Symptomheilungen durch die herkömmliche analytische Technik gut möglich seien, jedoch „zuviele Verdrängungsnester" in der Person zurücklassen, mit anderen Worten, ihren Charakter kaum berühren.

„Nur wer, wie ich, es erlebt hat, daß selbst analytisch geheilte Menschen wegen ihrer Gesichtsbildung, Körperhaltung, ihrer Bewegungen, ihrer Unarten usw. nach wie vor von der Umwelt heimlich belächelt werden, ohne daß sie selbst eine Ahnung von ihren Eigenheiten hätten, wird es für eine grausame, aber unvermeidliche Aufgabe einer radikalen Analyse ansehen, diese sozusagen öffentlichen Geheimnisse auch jenem bewußt werden zu lassen, den sie am nächsten angehen." (*Ferenczi*, 1928, S. 231)

Ferenczi schreibt damit deutlich, daß der Charakter der Persönlichkeit nicht bewußt ist, daß also auch eine Krankheitseinsicht fehle, und daß von seiten des Ich einem Veränderungsversuch in diesem Bereich größte Widerstände entgegengesetzt werden. Gleichzeitig wird der Charakter als „Schutzwall vor dem Zugang zu infantilen Erinnerungen" verstanden. Ein zweiter Ansatz *Ferenczis*, die analytische Technik zu modifizieren, stammt aus der Feststellung, daß die Anwesenheit des Analytikers sich auswirke auf das Verhalten des Analysanden. Diese im Grunde banale Feststellung, die ja auch zum Begriff der Übertragungsneurose geführt hat, führt jedoch, ernst genommen, zu einer Erweiterung der analytischen Situation, in der Weise, daß der Analyti-

ker seine Auswirkungen auf den Analysanden genauso wie seine Eindrücke vom Analysanden her gezielt nutzen lernt und der analytischen Technik zugänglich macht. Wie *Ferenczi* überzeugend zeigen konnte, ist diese Ausweitung der analytischen Technik mit der Abstinenzregel durchaus vereinbar. Genauere Untersuchungen widmet *Ferenczi* auch dem Interaktionsprozeß im Heranwachsen des Kindes, zusätzlich zur genetischen Determiniertheit der Entwicklung. Er beschreibt bereits recht deutlich die Auswirkungen verführerisch-manipulativen Verhaltens von Erwachsenen auf das noch unschuldige Kind (1933). Im Versuch einer Genitaltheorie nähert sich *Ferenczi* gedanklich analog der psychischen Prozesse den biologischen Prozessen in der Weise, daß er *Freud* zu der Äußerung brachte, daß die Bioanalyse wohl doch die Analyse der Zukunft sei.

2.1.4

Die oben genannten Psychoanalytiker stellten ihrerseits wieder Exponenten einer Entwicklung der Psychoanalyse dar; vor allem Probleme der psychoanalytischen Technik und der Charakterkunde wurden, wie Kongreßberichte zeigen, auf breiter Basis und sehr kontrovers diskutiert. Es ist daher eher erstaunlich, daß die Psychoanalyse in Europa nicht dazu gekommen ist, den Körper zu nutzen.

Wilhelm *Reich* ging auf dem eingeschlagenen Weg besonders radikal und konsequent voran, lange Zeit, bis zum analytischen Kongreß in Luzern 1932, in der Absicht, die *Freud*sche Analyse zu erweitern.

Einen dialektischen Denkansatz nutzend, bewegt sich das Hauptinteresse *Reichs* um die Bereiche Libido — Ökonomie — Energie im Zusammenhang mit den frühen *Freud*schen Neurose-Modellen. Diese Forschungsrichtung sozusagen in das Zentrum der Person, die als körperliche Person verstanden werden sollte, wird antithetisch ergänzt durch die Blickrichtung aus der Person hinaus in die nähere Umgebung der Familie und der Gesellschaft. Daß *Reich* diesen Ansatz bis zuletzt durchgehalten hat, zusammen mit der Flexibilität, jederzeit vom Endpunkt einer dieser Betrachtungsweisen auf einen bestimmten Bereich zu fokussieren, hat neben der didaktischen Brillanz zur beeindruckenden Wirkung seiner Arbeit beigetragen.

Das erste Zusammentreffen mit *Freud* hat den entscheidenden Impuls geliefert, sich ganz der Psychoanalyse zu widmen. Die bald einsetzende Arbeit mit Patienten in eigener Praxis und vor allem in der „sexu-ologischen Ambulanz", aus der sich ein analytischer Arbeitskreis unter Vorsitz von *Reich* bildete, zentrierte das Interesse sowohl in

Bezug auf Neurosenentstehung als auf Neurosenprophylaxe auf die Genitalität. Erst mit dem Erreichen einer erwachsenen Genitalität, die gleichzeitig befriedigend sei, sei eine wirkliche Heilung der Neurosen möglich. Mit dieser Theorie setzt sich *Reich* in Gegensatz zur Erfahrung einer großen Zahl anderer Analytiker, die viele ihrer Patienten als genital potent beschrieben. Die Lösung dieser Schwierigkeit fand *Reich* in der Verwechslung von erektiver und orgastischer Potenz. Gerade die Beobachtung der Vorgänge beim Orgasmus führten dann weiter zur Entdeckung des Orgasmusreflexes und gleichzeitig zu den Mechanismen seiner Verhinderungen, den Verspannungen. Und es wurde immer wahrscheinlicher, daß man es mit einer einheitlichen Energie zu tun habe, die *Reich* die vegetative Energie nannte und die der Libido gleichzusetzen sei. Die erste gelungene schichtweise Durcharbeitung der Charakterstruktur (21, 22) bestätigte die

„gegensätzlich-funktionelle Einheit von Trieb und Abwehr (und) ließ das aktuelle und das frühkindliche Erleben gleichzeitig erfassen. Es bestand kein Gegensatz mehr zwischen Historischem und Aktuellem. Die gesamte Erlebniswelt der Vergangenheit lebte in der Form der charakterlichen Haltungen in der Gegenwart. Das Wesen eines Menschen ist die funktionelle Summe aller vergangenen Erlebnisse." (*Reich*, W., 1983, S. 12)

Mit der Beschreibung des Charakterpanzers und der darauf folgenden Gleichsetzung von muskulärer Haltung und Charakterhaltung war der Ansatzpunkt zu direkter körperlicher Arbeit gefunden (23, 24).

„Die charakterlichen Panzerungen erscheinen nun als funktionell identisch mit muskulärer Hypertonie. Der Begriff funktionell identisch, den ich neu einführen mußte, besagt nichts anderes, als daß muskuläre und charakterliche Haltungen im seelischen Getriebe dieselbe Funktion haben, einander ersetzen und gegenseitig beeinflussen können. Im Grunde sind sie nicht zu trennen, in der Funktion identisch." (W. *Reich*, 1983, S. 203)

Von dieser Erkenntnis aus war es möglich, eine neue Technik zu entwickeln, die *Reich* die Technik der Vegetotherapie nannte. Der Weg zu diesem Ansatz ermöglichte auch die Lösung des Masochismusproblems. Es gelang *Reich* nachzuweisen, daß das bekannte Streben nach Schmerz und Leid des Masochisten ihm gerade die Möglichkeit, zu einer zumindest partiellen Entspannung zu kommen, bot und gleichzeitig die unbewußt befürchtete Angst (vor Kastration) verkleinerte. (Dadurch daß die Verletzung nicht das Genitale, sondern den Hintern betraf.) (22) Die spezifische Lustangst des Masochisten, die zum Festhalten der Entspannung, der genitalen Entspannung, im Augenblick der Acme führt, und damit verbunden die Angst des Masochisten, zu platzen, führten *Reich* zu Überlegungen, die in der Beschreibung der Lustempfindung als Expansion und der Angstempfindung als Kontraktion als Ergebnis von *Strömen vegetativer Energie* ein Ende fanden. Experimentelle Untersuchungen in Oslo erbrachten auch den physiolo-

gischen Beweis für diese Behauptungen, die Biologie des Lustprinzips war entdeckt (25). Die Kluft, die sich von hier ab zwischen der Theoriebildung, der Vegetotherapie und der Theoriebildung der Psychoanalyse, auf der *Freud*schen Antithese von Eros und Thanatos beharrend, ergab, führte zusammen mit einer deutlichen Stellungnahme *Reichs* gegen den Faschismus (26) zu seinem Ausschluß aus der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung.

Die weitere Entwicklung der Forschungen *Reichs*, die Forschung zur Orgon-Energie und ihre Gleichsetzung mit der Lebensenergie, ist wie seine gesellschaftspolitisch-massenpsychologische Forschung für die Entwicklung der bioenergetischen Analyse nicht mehr von Bedeutung, oder besser gesagt, für die augenblickliche Entwicklung der bioenergetischen Analyse nicht mehr von Bedeutung.

In der Entwicklung der bioenergetischen Analyse wurde die von *Reich* errichtete Basis modifiziert und sorgfältigst ausgearbeitet.

„Diese grundsätzliche Basis ist natürlich die funktionale Identität und Antithese von Psyche und Soma, und die Idee, daß die Persönlichkeit sowohl psychologisch als auch körperlich ausgedrückt wird. Natürlich sind sie nicht dasselbe, aber sie sind funktional identisch. Die Persönlichkeit drückt sich in den Vorstellungen ihres Denkens genauso aus, wie in der Art und Weise, wie sie sich hält und bewegt. Psyche und Soma funktionieren charakterologisch auf dieselbe Art." (*Lowen*, 1983)

2.2 Die Anfänge

In der Nachfolge Wilhelm *Reichs* und/oder im Rückgriff auf ihn entwickelten sich folgende therapeutische Richtungen: In direkter Fortsetzung die *Reich*sche Orgon-Therapie, als führender Vertreter und enger Mitarbeiter *Reichs* sei Elsworth F. *Baker* genannt und in Skandinavien Ola *Raknes*, dann die Gestalttherapie von Fritz *Perls*, die Primärtherapie *Janovs* und die bioenergetische Analyse mit Alexander *Lowen*.

2.2.1 Zeitgeschichtlicher Kontext und geistesgeschichtliche Situation und ihre Relevanz für die Entwicklung des Verfahrens

Gegenwärtig wird die Aussage zu diesen Punkten das Gewicht von Mutmaßungen und Vermutungen haben müssen. Von der Struktur der Therapieform bioenergetische Analyse her lassen sich zwei Ansätze betrachten: ein Aspekt, den ich als drängendes Fortschreiten bezeichnen möchte, und einen anderen, den ich als ruhendes Verweilen bezeichnen möchte. Man wird sich der Zustimmung der meisten Amerikaner sicher sein dürfen, wenn man Amerika als das Land des Fortschritts bezeichnet. Die Möglichkeit, grenzenlos fortzuschreiten, war

bis vor nicht allzulanger Zeit in den Vereinigten Staaten ja auch gegeben, der Begriff des Grenzers ist dafür Ausdruck: Wenn du den Schornstein deines Nachbarn rauchen siehst, wird es Zeit, weiterzuziehen. Diese Grenzer-Pioniermentalität, auf die verschiedenen Ebenen des gesellschaftlichen Lebens übertragen, hat spätestens seit dem Vietnam-Krieg ihre Grenze gefunden; im Image des Amerikaners jedoch lebt sie weiter. Im Bereich amerikanischer Männlichkeit spielt die Vorstellung, immer und jederzeit fortgehen zu können, die Vorstellung der Freiheit, immer noch eine Rolle und verwirklicht sich im (Auto)-mobilsein, im Business und im Club. Antithetisch zu diesem Fortschreiten, Grenzen überschreiten, findet sich die Sehnsucht und die Sucht, das Suchen nach dem geeigneten Platz, der Geborgenheit, der Idylle. In der Dynamik dieser Bewegung bzw. dieses Haltens u. a. in ihr, sieht *E. Erikson* die Entwicklung der typischen amerikanischen Mutter, der Mom, und des väterlichen Gegenstücks, des Boss.

„Die Urpolarität war eben die gleichzeitige Kultivierung so entgegengesetzter Lebensweisen, wie Seßhaftigkeit und Nomadentum. In den gleichen Familien, von den gleichen Müttern, mußten Männer und Frauen erzogen werden, die sowohl in den neuen Gemeinden und den sich bildenden Klassen Wurzeln fassen, wie auch die physischen Härten einer Siedlung an der Grenze ertragen konnten." (*Erikson, E.*, 1976, S. 288)

Mit der Entwicklung der Maschine und im weiteren Sinne der Technokratie wurde, sehr stark verkürzt ausgedrückt, die Beherrschung der Wildheit der Natur, die den Mut des Pioniers ausmachte, auf die Maschine übertragen. Im neu entwickelten Bereich der Technik und der Technisierung wurde, ebenfalls wieder sehr stark verkürzt ausgedrückt, auf ähnliche Weise der freie Platz besetzt und die Grenze immer wieder hinausgeschoben.

In der gebotenen und genauso verstellenden Kürze kann man hier eine der Wurzeln verfolgen, die zur Doppelgesichtigkeit, die uns insbesondere Amerika, aber auch alle vergleichbaren Industrienationen bieten, führt. Die Notwendigkeit, das Image zu bewahren und aufzurichten, die Notwendigkeit des Tun-als-ob, in welchem Sinne und auf welcher Ebene auch immer, ist eine der schwierigsten Situationen der Identitätsfindung, wie sie *Erikson* beschreibt. Speziell in bezug auf Genitalität, aber auch im weiteren Sinn, meint *Lowen* dasselbe, wenn er sagt:

„Die heutige Kultur ist durch ein Betonen der Vorstellung mehr charakterisiert als durch Gefühl. Es ist eine narzißtische Kultur geworden." (*Lowen*, 1983)

Für ein therapeutisches Verfahren macht es daher Sinn, sozusagen als Konkurrenz zu allen Einrichtungen der Imagepflege wie Werbung,

Reklame, Propaganda, welche Medien immer skrupelloser benützen, einen neuen, festen Standpunkt in der Wirklichkeit des Körpers zu suchen und zu finden.

2.2.2

An vielen Stellen seines umfangreichen Werkes macht *Lowen* immer wieder deutlich, wie wichtig für ihn selbst das Kennenlernen seiner eigenen Körperlichkeit geworden ist. In recht eindrucksvoller Offenheit beschreibt er, wie er zu Beginn seiner Analyse bei *Reich* recht überheblich auf die von *Reich* angedeuteten Möglichkeiten der Körperarbeit reagiert habe und wie er im Lauf der Therapie feststellte, was alles im Körper steckte, auch in bezug auf Krankheit. Es scheint wichtig zu sein, daß für *Lowen* immer schon Bewegung, in der Kindheit und Jugend in Form von Sport und Spiel, ein wichtiger Ausgleich zur häuslichen Atmosphäre und zum Leistungs- und Lernanspruch der späteren Jahre gewesen ist. Das persönliche Streben nach Lust, das, wie *Lowen* immer wieder betont, für ihn mit am wichtigsten ist und das er in therapeutischen wie auch in außertherapeutischen Beziehungen mit anderen teilt, ist eines der Grundmotive für seine Arbeit, genauso wie es einen Teil der Attraktivität der bioenergetischen Analyse ausmacht. Hier zeigt *Lowen* viel Geschick (wie die Auflagen und die Aufmachung seiner Bücher zeigen), die Attraktivität des Themas zu nutzen und sich gleichzeitig selbst darzustellen, so wie er auf anderer Ebene eine großartige Gabe besitzt, auch komplizierte Vorgänge so zu reduzieren und auf lebendige Art zu beschreiben, daß sie gut annehmbar sind. Er kann gut schreiben, und es macht Spaß, seine Bücher zu lesen. Ich glaube nicht, daß es sich um reine Koketterie handelt, wenn *Lowen* von sich sagt, daß ihn die Lust zu schreiben oft mehr reizt als das Thema. Es ist die Erlaubnis, daß sich etwas entwickeln darf, verbunden mit dem Optimismus, daß sich auch etwas entwickelt, auch wenn man nicht primär systematisch und wissenschaftlich vorgeht, was die Struktur der Schriften und Bücher *Lowens* ebenso beeinflußt wie die Struktur seiner Arbeit mit Patienten. Hier scheint man noch einmal etwas vom Grenzer und Pionier zu spüren, der sich nicht dabei aufhält, daß andere ihn einholen oder mit ihren Gesetzen eingrenzen wollen. Mit ausschlaggebend dafür, eine eigene Arbeitsgruppe zu gründen, aus der dann 1956 das Institut für Bioenergetische Analyse in New York sich gebildet hat, war die Veränderung, so beschreibt es *Lowen*, die er nach seiner Rückkehr aus Europa in der Reichianischen Analytischen Vereinigung vorgefunden hat: Der Meister, der nicht irrte, und die Jünger, deren wissenschaftliche Arbeit darin zu bestehen

schien, den Meister zu bestätigen und zu zitieren. *Lowens* Kritik an der weiteren Entwicklung der Therapie *Reichs*, Orgontherapie genannt, bestand darin, daß die Analyse sowie die direkte körperliche Arbeit immer mehr vernachlässigt worden waren. Außerdem erschien ihm das Therapieziel, nämlich auf der Couch den Orgasmusreflex zu erreichen, zu kurz gefaßt.

„In der *Reich*schen Therapie lag jedermann mit dem ausdrücklichen Gebot (injunction) auf dem Bett: Laß los und atme." (*Lowen*, 1983)

Aus dieser Kritik heraus und auch aus dem Bedürfnis, weiter therapeutisch etwas für sich selbst zu tun, bildeten *Lowen*, *Pierrakos* und *Bill Walling* eine Arbeitsgemeinschaft, die die Basis für die Ausbildung der bioenergetischen Analyse wurde. In welcher Weise der dritte Gründer, *Bill Walling*, in der bioenergetischen Analyse weiterlebt, ist nicht bekannt, genausowenig sein weiteres Schicksal. Vermutlich verwirklicht er in seinem Leben das, was *Lowen* so drängend fordert, nämlich es lustvoll zu genießen. Daß es zur Trennung mit *Pierrakos* kam, ist zurecht vielseitig bedauert worden, es ist nur nicht bekannt, wo die Auseinanderentwicklung begann und was die Hintergründe sind. Es ist jedoch nicht abwegig zu vermuten, daß einer den Schornstein des anderen nicht zu nahe hat rauchen sehen können. Eines hatte ja *Lowen Reich* auch gesagt, als dieser ihm eine Therapie vorschlug: Eigentlich möchte ich ja berühmt werden. *Reichs* Antwort war: Ich werde sie berühmt machen.

2.3 Wirkungsgeschichte

Mit dem Hauptaugenmerk auf die Entwicklung des grounding-Konzepts und die charakterologischen Konzepte blieben direkte Körperarbeit und Analyse unter dem übergeordneten Gesichtspunkt Sexualität und Energieprozeß das Arbeits- und Forschungsgebiet. Im Rahmen der Arbeitsgruppe und später des Instituts waren Seminare mit Patientenvorstellungen und theoretischen Diskussionen der Rahmen der Arbeit; das New Yorker Institut bildete die Keimzelle für die Ausbreitung der Methode.

2.4 Beziehung des Verfahrens und seiner Begründer zur humanistischen Psychologie

Die Antwort *Lowens* auf diese Frage im Interview, das im Rahmen dieses Projekts HP durchgeführt wurde, war:

„Ich denke (bioenergetische Analyse ist eine humanistische Psychologie), wenn wir humanistische Psychologie als den Humanismus einer Person definieren. ..."

In Erweiterung dieser Aussage sollte vielleicht angeführt werden, daß die Bezeichnung humanistische Psychologie in den Vereinigten Staaten gerne auf alle Therapieformen angewandt wird, die außerhalb des Behaviourismus und der Psychoanalyse angesiedelt sind. Ähnlich bildet auch im deutschsprachigen Raum das Modell der humanistischen Psychologie neuen, relevanten Therapieformen ein Forum.

2.5

Als Überbau über das Institut für Bioenergetische Analyse in New York wurde mit gleicher Adresse das Internationale Institut für Bioenergetische Analyse installiert. Dem Institut für Bioenergetische Analyse gleichgestellt sind affiliierte Institute, Gesellschaften oder wie immer sie sich bezeichnen (Affiliates). Gleichgestellt ist ein Institut dann, wenn sein Leiter (seine Leiter) vom New Yorker Institut anerkannt sind. Bis zu diesem Zeitpunkt, möglichst auch noch später, je nach personaler Besetzung, wird die Ausbildung der Kandidaten von Trainern, die dazu berechtigt sind — in der Regel handelt es sich um die Seniortrainer — supervidiert. Durch diese Form der Ausbildung, die ja gerade in der körperbezogenen Therapie auch sehr persönlich ist, bleibt in der Regel auch nach Abnabelung des jeweiligen Instituts eine Bindung an das Mutterinstitut; auch wenn das jeweilige Institut in Ausbildungsfragen (eigenes Curriculum) dann autark ist, bleibt es durch den bestehenden Austausch qualitativ auf einem vergleichbaren Stand. Hierarchisch ist die Gliederung folgendermaßen: Direktor (Alexander *Lowen*), Senior Trainers, Bord of Trainers, Trainers — affiliierte Trainer, bioenergetische Therapeuten, bioenergetische Therapeuten unter Supervision, Kandidaten. Auskunft über Curriculum, Ausbildungsdauer und Anforderungen sind beim jeweiligen Institut zu haben.

3. Menschenbild

Das Menschenbild der bioenergetischen Analyse ist geprägt vom spezifischen charakteranalytischen Zugang zur Person und dem daraus sich ergebenden Verständnis der Person.

3.1

Der Mensch wird als soziales Wesen begriffen, das auf den Ebenen des Verstandes und der Gefühle nach Entwicklung und Austausch strebt. Das Kind befindet sich subjektiv im Zustand der Unschuld,

gerade im Hinblick auf seine aggressiven und libidinösen sprich sexuellen Antriebe, und wird erst mit der Konfrontation mit der neurotischen Struktur der Erziehungspersonen dem Chaos ausgeliefert. Die Notwendigkeit, diese Konfrontation zu überleben, führt zur Strukturierung der Abwehr, zum Errichten der Charakterstruktur.

Im Menschenbild, das die bioenergetische Analyse vermittelt, findet der Körper seinen Platz wieder — die Person wird um ihren Körperaspekt bereichert, sie ist ihr Körper. Sie hat ihn grundsätzlich als energetischen Fundus für ihre sozialen Bestrebungen zur Verfügung, sie ist grundsätzlich zu Eros und Aggression fähig. Destruktiv wird sie erst, wenn sie in einen neurotischen Konflikt gebracht wird.

3.2

In bezug auf die persönliche Biographie bedeutet das, daß die Determiniertheit der Entwicklung relativiert wird:

Einmal dadurch, daß, aus welchen Gründen auch immer, die Person ihre eigene Charakterstruktur selbst errichtet. Es steht dadurch ein Potential an Selbständigkeit zur Verfügung. Es ist grundsätzlich möglich, z. B. mit Hilfe der Charakteranalyse, die eingefrorenen Strukturen wieder in Bewegung zu bringen und dadurch auf die der Person innewohnenden Resourcen zurückzugreifen und so im Austausch zwischen diesen beiden Prozessen den Entwicklungsprozeß in einem Circulus generandus zu unterstützen.

Zum zweiten ist die Determiniertheit dadurch relativiert, daß Personen an diesem Prozeß der Strukturierung der Abwehr entscheidend beteiligt sind. Die nachträgliche Auseinandersetzung mit diesen Personen, z. B. in der Charakteranalyse, ermöglicht Bewegung und Veränderung im oben beschriebenen Sinne.

3.3

Der Zugang zur Welt wird durch das im Charakter strukturierte Vorurteil eingeengt und ist entsprechend erweiterungsfähig.

3.4

Über den Kontakt mit seinen Erziehungspersonen ist das Kind gleichzeitig in Kontakt mit den Gesellschafts- und Kulturformen seiner Zeit. In dem Maß, wie es Herr seiner eigenen Resourcen bleiben kann und sich auch als erwachsene Person den Zugang zu ihnen offenhalten kann, also kreativ bleiben kann, ist es unnötig, die nähere und weitere Umgebung auszubeuten.

4. Persönlichkeitstheorie

4.1 Begriff und Verständnis der Person

Als eigenständige Strukturen werden der Person das Ich mit Über-Ich und Ich-Ideal sowie der Charakter zugeordnet. Dabei wird der Teil der Person, der mit den Begriffen Ich und Charakterstruktur nicht erfaßt ist, vorläufig als die körperliche Basis dieser Strukturen definiert, in etwa dem Es gleichgesetzt und als Prozeß des Lustprinzips angesehen, aus dem sich das Realitätsprinzip entwickelt.

4.1.1 Biologie der Lustempfindung

4.1.1.1 Grundlegende Lebensprozesse

Lust sei verknüpft mit dem grundsätzlichen Gefühl von Wohlbefinden, das entsteht, wenn die Integrität des Organismus nicht in Frage gestellt ist, anders ausgedrückt, wenn den Grundbedürfnissen des Organismus Rechnung getragen wird. In dieser Form ist Lust Ausdruck der ungestörten Wirksamkeit der Lebensprozesse des Körpers. Erst auf dieser Basis — das Überleben ist nicht in Frage gestellt — ist es möglich, nicht nur das Fehlen von Gefahr und die Entspannung nach Erfüllung eines Bedürfnisses als Lust zu empfinden, sondern auch die ansteigende Spannung und das Ansteigen innerer Erregung als Antwort auf die Reize aus der Umgebung. Lust ist eng an die Phänomene von Spannung und Kreativität gebunden.

„Wir wachsen dadurch, daß wir die Umgebung sowohl physisch als auch psychologisch in uns aufnehmen. Das bedingt ein Ausgreifen und Eindringen von Luft, Nahrung und Eindrücken. Wir freuen uns an der Ausweitung und Ausdehnung unserer Existenz: Dem Anwachsen unserer Kräfte, der Entwicklung von Muskelbewegung und Geschicklichkeit, der Erweiterung sozialer Beziehungen und der Bereicherung unseres Lebens. Die gesunde Person hat Appetit auf das Leben, auf Lernen und auf Eingliederung neuer Erfahrungen in ihre Persönlichkeit." (*Lowen*, 1975, S. 64 unten, übersetzt.)

Die Fähigkeit, Lust zu empfinden, ist eng an die Möglichkeit des jeweiligen Organismus gebunden, einen Zustand von Erregung zu halten bzw. ihn zu steigern. Ein Anwachsen der Möglichkeit, Erregung zu speichern, ist ein Weg zur Lustempfindung. Diese Fähigkeit ist innerhalb des neurotischen Charakters durch schwere muskuläre Verspannungen eingeschränkt; der durch diese Verspannungen verminderte innere Erregungszustand führt zu Langeweile und Depression.

Dem Grad innerer Erregbarkeit einer Person entspricht ihre Ausstrahlung. Wir wissen und sagen es auch so, jemand habe eine gute Ausstrahlung, ist anziehend, abstoßend, warm, kalt und vieles ähnliches mehr. Diesem Wissen entspricht ein beobachtbares und meßbares

Phänomen, die Aura. John *Pierrakos*, der in hohem Maß die Fähigkeit hat, die Aura zu sehen, hat jahrzehntelange Arbeit in ihre Untersuchung investiert. Im Bereich des äußeren und inneren Energiefeldes des Menschen, auch der belebten und unbelebten Natur, sind seit etwa 1930 in den Vereinigten Staaten, in England, aber auch in der UdSSR viele Forschungen angelaufen. Das Phänomen der Aura wird im Zusammenhang mit Diagnose und Therapie verwendet, es wird versucht, den Lebensprozeß durch Beobachten dieses Energiefeldes in den Stadien der Gesundheit und Krankheit zu verstehen (*Pierrakos*, 1974). Unter entsprechenden Beobachtungsbedingungen läßt sich die Aura als wolkenähnliche, blaugraue Hülle von 2-4 Fuß Breite, die den Körper strahlenförmig umgibt, erkennen. Sie schwillt langsam zu einem Oval an, bleibt für etwa eine Viertelsekunde in dieser Form bestehen und verschwindet dann schlagartig. Nach einer Pause von 1-3 Sekunden erscheint die Aura erneut. Das wiederholt sich 15-25 mal in der Minute im Ruhezustand. Die Hülle ist grob in drei Schichten aufgeteilt, eine innere dunkelblaue Schicht von etwa 1/5 bis 1/8 inch, eine blaugraue Schicht von 34 inches und in eine äußere himmelblaue Schicht von etwa 4-8 inches Breite.

Jede der drei Schichten hat eine spezielle Qualität der Bewegung; die Bewegungsrichtung der drei Schichten setzt sich folgendermaßen zusammen:

Phase 1. Im Gegenüberstehen kann beobachtet werden, daß sich das Energiefeld vom Boden an der inneren Seite der Beine und Oberschenkel den Rumpf entlang nach oben sowie die Außenseite der Hände und Arme entlang nach oben in zwei Hauptströmungen Richtung Nacken und Kopf bewegt.

Phase 2. Es handelt sich um eine gleichzeitige Bewegung auf der Innenseite des Rumpfes entlang zum Boden. Jede Körperhälfte hat eine alternierende Aufwärts- und Abwärtsbewegung. Die Bewegungsströme vereinigen sich an der Nackenwurzel und fließen von dort aus zur gegenüberliegenden Seite des Kopfes. Dieser Wechsel in der Bewegung der Aura ist in der alternierenden Bewegungsrichtung der zwei Körperhälften, wie beim Gehen oder Laufen, repräsentiert. Die beiden Bewegungsrichtungen verbinden sich in der Longitudinalachse in der Körpermitte. In Profilansicht ist zu beobachten, daß das Feld von der Körpermitte, dem Bereich der lebenswichtigen Organe, gleichzeitig Richtung Kopf und Hände, sowohl an der Vorder-, als auch auf der Rückseite des Körpers pulsiert. Man muß annehmen, daß eine Vielzahl von Feldbewegungen im Körperinneren stattfinden, die den Körper genauso wie die inneren Organe in einer spiralförmigen Bewegung ein-

beziehen. Vergleicht man vereinfachend den menschlichen Organismus mit einem flexiblen Zylinder, können zwei Bewegungsarten gesehen werden: Eine entlang der Längsachse, eine andere entlang des Durchmessers. Alle anderen Bewegungen ergeben sich aus diesen beiden. Die längsgerichtete Bewegung, mit dem Widerlager gegen die Basis des Zylinders, kann entsprechend dem Gehen oder Laufen den Zylinder von einem Platz an der Erdoberfläche zu einem anderen bringen. Die Bewegung entlang des Durchmessers, entweder zentrifugal oder zentripetal, beeinflußt die Zylinderwände im Sinne einer Expansion oder Kontraktion. (Siehe auch später: Die bioenergetischen Triebkonzepte.)

Wenn sich das Energiefeld nach oben zum Kopf oder nach unten zu den Füßen bewegt, entsteht eine von den inneren Organen ausgehende Bewegung, die gleichzeitig alle Körpergewebe unabhängig von ihrer Anatomie radiär durchdringt und die Haut erreicht. Das Energiefeld, das wir um die Person herum beobachten können, wird so vom Energiefluß innerhalb des Körpers modifiziert.

Als Zeichen des Ansteigens innerer Erregung durch lustvolle Gefühle wird die Aura intensiv blau und die Breite der Hülle wächst an. Gleichzeitig steigt die Pulsationsrate auf 40 oder 50 in der Minute an. Am Körper sind zu diesem Zeitpunkt *unwillkürliche Vibrationsbewegungen* zu erkennen.

4.1.1.2 Die Bewegung von innen — die Emotion

Diese entstehende unwillkürliche Bewegung ist die dritte Voraussetzung für lustvolle Empfindung entlang einer Linie: Leben = Energieprozeß, Erregung, Bewegung, Lust.

„Die Erfahrung, von innen her bewegt zu sein, im Gegensatz zur willkürlichen Bewegung auf Entscheidungsbasis, ist die Grundlage allen Fühlens" (*Lowen*, 1975, S. 67, übersetzt). Diese Beobachtung führt zur *grundlegenden Hypothese, daß man nur fühlen kann, was sich bewegt.*

Von hier aus läßt sich ein Lust-Schmerz-Spektrum folgendermaßen formulieren: Von einem grundsätzlichen Sichgutfühlen, entsprechend einem Zustand von Entspannung mit ruhiger und harmonischer Körperbewegung, über zunehmende Unkoordiniertheit und Verkrampfung in Richtung Unruhe, Schmerz, Agonie einerseits und über zunehmende Bewegungsintensität bei beibehaltener Koordination und rhythmischer Lockerheit in Richtung Lust, Freude, Ekstase andererseits.

„Lust, in Form des Sichgutfühlens, ist der grundsätzliche Zustand eines gesunden Körpers" (*Lowen*, 1975, S. 69, übers.). Im Zustand des

Sichgutfühlens besteht ein freier Fluß der Energie und somit der Gefühle, der Atmung und der Bewegung. Dieser Zustand ist nicht dadurch definiert, daß Angst oder Schmerz fehlen. Vielmehr werden diese Urbegriffe Angst und Schmerz dem lustvollen Zustand der Entspannung zugeordnet.

Vegetative Reaktionen — Im Zustand des Sichwohlfühlens regiert der parasympathische Anteil des autonomen Nervensystems. Es kommt zu einer vermehrten Durchblutung und Auflockerung der Gewebe der Körperoberfläche, der Herzschlag verlangsamt sich, das Herz kontrahiert sich kräftig, der Puls entspannt sich, die Atemfrequenz sinkt, die Bronchien und Bronchiolen dilatieren usw. Noch besser verständlich ist dieser Zustand durch die Beschreibung seines Gegenteils, die sympathische Reaktion, die im Zustand einer drohenden Gefahr oder einer Notstandssituation bei Schmerz eintritt (1). Die Peripherie kontrahiert sich, die Haut wird weiß, die Pupillen werden weit, Herzschlag und Atemfrequenz steigen, etc. Und zu diesem Zustand von *Anspannung und Kontraktion* wird die gegenteilige Reaktion mit ihrer Folge, dem *Zustand von Expansion* mit Bereitschaft zum lustvollen Austausch mit der Umgebung besonders deutlich.

4.1.1.3 Die Grundfunktionen des lebendigen Organismus

4.1.1.3.1 Die Atmung

Jedes emotionale Problem spiegelt sich in einer Atemstörung wider (2).

Über die Atmung wird Sauerstoff als einer der großen Energieträger dem Organismus zugeführt. Normale oder auch gesunde Atmung hat eine einheitliche und vollständige Qualität. Einatmung beginnt mit einer Vorwölbung des Bauches im Zusammenhang mit der Zwerchfellkontraktion und Entspannung der Bauchmuskeln. Die Atemwelle breitet sich dann nach oben über den Thorax aus. Ausatmung beginnt als Absinken in der Brust und schreitet als Kontraktionswelle zum Becken fort. Es entsteht ein fließendes Gefühl entlang der Körpervorderseite, das an den Genitalien endet. Die Körpervorderseite ist einheitlich wellenähnlich in Bewegung, wie man es besonders bei kleinen Kindern gut beobachten kann. Diese Atmung bezieht den ganzen Körper mit ein; so ist z. B. bei der Einatmung eine leichte Rückwärtsbewegung und bei der Ausatmung eine leichte Vorwärtsbewegung des Beckens zu beobachten. Der Kopf formt zusammen mit dem Schlund ein großes Einsaugeorgan, das die Luft in die Lungen bringt. Die Verbindung von Saugen und Einatmen ist besonders gut beim Zigarettenraucher zu beobachten, der mit einem tiefen Inhalationszug seine Atmung in

Gang bringt. Die Atemtiefe ist mehr an der Länge der Atemwelle als an der Amplitude zu messen. Je tiefer die Atmung, desto mehr erreicht die Atemwelle den unteren Bauch, im optimalen Falle den Beckenboden. Mit tiefer Bauchatmung ist natürlich nicht der physiologische Atemvorgang gemeint, der in den Lungen stattfindet, deren Ausdehnung durch die Beweglichkeit des Zwerchfells begrenzt ist, sondern die Bewegungswelle, die durch die Atmung ausgelöst wird. Nur durch diese Bauchatmung ist es möglich, daß die Erregungswelle, die mit der Atembewegung verknüpft ist, den ganzen Körper umfaßt. So gesehen ist Atmung letztlich die Grundpulsation des ganzen Körpers im Sinne von Expansion und Kontraktion. Sie ist somit die Grundlage für die Erfahrung von Lust und Unlust bzw. Schmerz. So wie sich die Atemwelle normalerweise vom Mund bis zu den Genitalien ausbreitet, ist sie am oberen Ende des Körpers dem erotischen Gefühl des Saugens und Gestilltwerdens verbunden, am unteren Ende den Bewegungen des Sexualaktes und der sexuellen Lustempfindung. Tiefe Atmung ist ein Zeichen dafür, daß der Organismus im oralen Stadium volle erotische Gratifikation erfahren hat und daß er im Stadium der Genitalität voller sexueller Befriedigung fähig ist (2).

Atemstörungen sind weit verbreitet und haben das Ziel, *die Lebendigkeit des Organismus und damit die Gefühle zu unterdrücken.* Wie sehr Atemstörungen die Grundlage von Konzentrationsstörungen, Arbeitsstörungen, gestörter Sexualfunktion und Depressionen sind, wird im ganz realen Sinne im Bereich medizinischen sowie auch therapeutischen Denkens nicht voll begriffen. Als zwei typische Störungen des Atemmusters wird die Atmung der neurotischen Person, bei der Atmung mehr oder weniger auf den Brustkorb beschränkt ist, der überwiegend in Einatmungshaltung festgehalten wird und somit ein großes Restatemvolumen festhält, und das Atemmuster der schizoiden Persönlichkeit beschrieben, die eine flache Zwerchfellatmung bei stark verspannter Bauchmuskulatur und einen gewöhnlich sehr engen Brustraum, der in Ausatmungsstellung festgehalten wird, zeigt. Bei der schizoiden Persönlichkeit unterliegt das Einatmen einer starken Begrenzung, in dem Maß, in dem eine entsprechende fordernde Haltung an die Umwelt vermieden wird. Der Schizoide ist emotional von der umgebenden Welt abgeschlossen, sein unbewußter Widerstand gegen das Atmen erzeugt seine Fixierung an den intrauterinen Zustand, wo sein Sauerstoffbedarf ohne diese Anstrengungen zu atmen gestillt wurde. Die neurotische Persönlichkeit hat die Schwierigkeit, voll auszuatmen, sie behält sich zur Sicherheit eine Reserve Luft. Die neuroti-

sche Persönlichkeit vermeidet bewußt, sich dem passiven Vorgang des Ausatmens zu überlassen, sie hat Angst davor, die Kontrolle abzugeben.

Als unwillkürliche rhythmische Aktivität unterliegt die Atmung der Regulation des vegetativen Nervensystems, genauso wie es möglich ist, die Atmung der bewußten Kontrolle zu unterwerfen. Wenn es auch durchaus sinnvoll ist, die eigenen Atemstörungen zu beachten und bewußt zu korrigieren, so ist es in der Regel dadurch nicht möglich, die gestörten Atemgrundmuster wirklich zu beeinflussen. Dagegen haben die unwillentlichen vibratiorischen Bewegungsvorgänge des Körpers, wie sie entstehen, wenn muskuläre Haltemuster in Bewegung kommen, einen unmittelbaren Effekt auf die Atemtiefe.

„Wenn ein Körper in einem Zustand der Vibration ist, vertieft sich die Atmung spontan. Denn dieser Zustand des Vibrierens bedeutet, daß er emotional reagieren kann." (*Lowen*, 1965, S. 8, übersetzt)

4.1.1.3.2 Bewegung, Verspannung, Haltung

Jeder emotionale Konflikt setzt die Beweglichkeit des Körpers herab oder stört sie (2).

Wie sich eine Person bewegt, wird von zwei Gesichtspunkten aus beurteilt, vom Gesichtspunkt der Spontaneität und dem Gesichtspunkt der Kontrolle. Der Körper hat die Tendenz, sich natürlich auszudrücken, entsprechend den zugrundeliegenden Gefühlen. Diese Tendenz wird durch die Kontrolle des Ich den Bedingungen der jeweiligen Realität angepaßt. Eine gesunde Ich-Kontrolle unterdrückt die Spontaneität des Körpers nicht. Wenn Kontrolle und Spontaneität in der Bewegung des Körpers integriert sind, ist das Ergebnis Koordination.

„Eine gesunde Person ist in ihren Bewegungen gut koordiniert, sie ist spontan und doch kontrolliert" (Lowen, 1965, S. 10, übersetzt). Das englische Wort control wird hier besser mit Selbstbeherrschung übersetzt. Die Person drückt sich in dieser Art überzeugend aus, ihre Aussage ist von Emotion begleitet (Emotion = Herausbewegung), die Emotion erfährt die Unterstützung des Ich. Die Person darf sich äußern (personare = durchtönen, durchklingen).

Entsprechend sind auch hier zwei Grundmuster der Störung zu beschreiben, zum einen gekennzeichnet durch das zwanghafte Festhalten der Bewegung mit sehr eingeschränkter Spontaneität, wobei die Bewegungen eine mechanische, wie festgesetzte Qualität bekommen, zum anderen ist unkontrolliertes, impulsives Handeln das Charakteristikum, wobei Überaktivität, dauernde Bewegungen, Gefühlsausbrüche auffallen. Im letzteren Fall werden Gefühle durch dauerndes Aus-

agieren vermieden, im ersteren Fall durch Kontrolle. Auf der muskulären Ebene wird die Unterdrückung der Gefühle durch eine Anspannung entsprechender Muskelbereiche erreicht, die, wenn nötig, zur chronischen Verspannung werden.

Zur Funktion des chronisch verspannten Muskels

Im Gegensatz zum entspannten und frei beweglichen Muskel ist der chronisch verspannte Muskel nicht voll energetisch geladen. Er erfährt eine Funktionsänderung und damit möglicherweise auch eine Strukturänderung in Richtung Haltemuskulatur, sofern es sich zuvor um Muskulatur mit überwiegender Bewegungsfunktion gehandelt hat. Für letztere ist ein typisches Beispiel der Musculus Biceps, für erstere die autochthone Rückenmuskulatur. Für die Haltemuskulatur ist bekannt, daß sie entsprechend ihrer Funktion dauernd innerviert wird, also in einem tetanischen Kontraktionszustand ist, und daß die Dauer ihrer Einzelzuckung länger ist als die der Bewegungsmuskeln und damit der Energieaufwand relativ geringer (3). Jeder Muskel hat Faseranteile für die Funktion Halten und Bewegen, allerdings in verschobener Relation, je nach Funktion. Der Haltemuskelanteil des Bewegungsmuskels kann daher die Haltefunktion bei entsprechender Verspannung übernehmen.

Verbleibt ein Bewegungsmuskel im Anschluß an eine Kontraktion im Kontraktionszustand, so verbleibt er im Zustand verringerter Energie, da sich die vorhandene Energie in Bewegung und Wärme umgesetzt hat. In dem Maß, in dem die Haltefunktion des Muskels überwiegt, wird er, entsprechend den Vorgängen an den Muskeln, die von vornherein Haltefunktion haben, vermehrt Sauerstoff benötigen und seine Energien überwiegend aus den Fettdepots beziehen und weniger aus den Glykogen-Depots bzw. der zur Verfügung stehenden Glucose, wie das bei dem Bewegungsmuskel der Fall ist (3). Dabei ist nicht nur der Muskel betroffen, sondern die neuromuskuläre Einheit, also Muskel, Nervenbahn, zentrale Repräsentanz (4). Gleichzeitig führt die chronische Verspannung zu einer Umstellung der Blutversorgung (5). Chronisch verspannte muskuläre Bereiche werden so zu Gebieten, in denen viel Sauerstoff gebunden wird, der andererseits den Lebensvorgängen entzogen wird. Hier dürfte man eine Erklärung dafür finden, daß bei chronisch verspannten Strukturen, wie bei der schizoiden Struktur, ein recht niedriger Sauerstoffspiegel anzutreffen ist. Gleichzeitig erklärt diese Betrachtungsweise die Erfahrungstatsache, daß diese Strukturen von der Substanz, also den Fettdepots, leben. Wenn entlang dieser Denkreihe Einfälle auftauchen, daß in solcher Art ver-

spannten Personen eine Art Sauersein oder Bittersein entsteht, würde man automatisch auf die Frage der Metabolisierung und deren Auswirkung auf das gesamte Milieu des Organismus stoßen (6).

Verbleibt ein muskulärer Bereich im Anschluß an die Kontraktion im Zustand der Verspannung, also auf einem niedrigeren Energiepegel, so wird dabei auf die *Energie verzichtet*, die zugeführt werden muß, um eine Dekontraktion zu ermöglichen. Ein kontrahierter Muskel kann sich erst wieder bewegen, wenn er mit neuer Energie geladen ist. Diese Energie wird im bioenergetisch-therapeutischen Prozeß durch ein Ineinandergreifen der Faktoren vermehrte Atmung, Arbeit an der muskulären Spannung direkt (z.B. durch Druck), und emotionale Reaktion zur Verfügung gestellt (7). Zusammenfassend kommt man zu folgender Arbeitshypothese:

Bereiche chronisch-muskulärer Verspannung sind Bereiche potentieller Bewegung, es sind nicht primär Bereiche potentieller Energien. Zur Mobilisierung verspannter Bereiche muß Energie von außen dazugetan werden, z. B. im therapeutischen Prozeß durch entsprechende Interventionen (energetische Basis des Übertragungsphänomens).

4.1.1.3.3 Feeling — Sich selbst fühlen und muskuläre Verspannung

Jede muskuläre Verspannung drückt einen neurotischen Konflikt aus (2).

Unsere Möglichkeiten zu fühlen sind körperliche Wahrnehmungen. Was wir fühlen und wie tief wir fühlen ist eine Funktion des sich selbst Gewahrwerdens. Wer sich selbst gewahr ist, spürt die Vorgänge in seinem Körper, das freie Fließen ebenso wie das Bestehen von Spannungen. Muskeln spannen sich unter Anstrengung; wenn diese, wodurch auch immer ausgelöst, nicht beendet werden kann, geht der Muskel in Verspannung. Eine emotionale Belastung wird einer physischen Belastung gleichgesetzt.

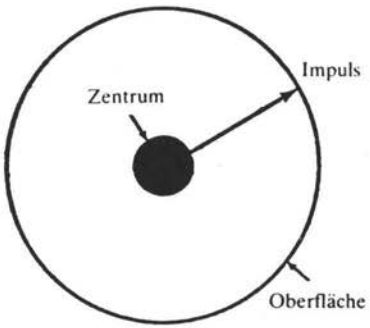
„Jede Emotion, die nicht Befreiung findet, ist ein Streß für die Muskeln, insofern, als Emotion eine Ladung ist, die nach außen zur Befreiung drängt. Dazu einige Beispiele: Trauer oder schmerzliche Gefühle werden durch Weinen gelöst. Wenn das Weinen aufgrund elterlicher Forderungen oder aus welchen Gründen auch immer behindert wird, werden die Muskeln, die beim Weinen normalerweise reagieren, gespannt. Es handelt sich hier um die Muskeln des Mundes, der Kehle, der Brust und des Bauches. Handelt es sich bei dem unterdrückten Gefühl um Ärger, werden die Muskeln des Rückens und der Schulter gespannt. Behinderte Beißimpulse führen zu Kieferspannungen, behinderte Impulse, mit dem Fuß zu stampfen, zu Beinspannungen. *Die Beziehung zwischen Muskelspannungen und Hemmungen ist so exakt, daß man von einem Studium der muskulären Verspannungen her erkennen kann, welche Impulse oder Gefühle in einer Person gehemmt sind.*" (*Lowen*, 1965, S. 17 oben, übersetzt)

Die angespannten Muskelbereiche werden in der Regel unter der Bedingung der regelmäßig zu erwartenden Wiederholung zu Verspannungen. Ein typisches Beispiel sind die Verspannungen im Bereich des Beckens und vor allem des Beckenbodens im Zusammenhang mit rücksichtsloser Sauberkeitserziehung. *In Verspannungsbereiche strukturierte Gefühle sind auf Dauer, ebenso wie die verspannten Bereiche selbst, dem Bewußtsein der Person entzogen.*

4.1.1.3.4 Rhythmus, Polarität, Grazie

Lustvolles Empfinden ist an möglichst ausgedehnte Abwesenheit von Verspannung gebunden. Es entsteht aus dem freien Bewegungsablauf von Agonisten zu Antagonisten, vom rechten Bein auf linkes Bein, von Anspannung zu Entspannung, von Ruhe zu Anstrengung. Es läßt sich ein Rhythmus erkennen, der an Polaritäten gebunden ist. Dieses möglichst ungestörte Schwingen von Pol zu Pol ermöglicht die Erfahrung von Rhythmus, der, so er ungestört ablaufen darf, der Person selbst die Gewißheit von Selbstbeherrschung und Grazie der Bewegung gibt und diesen Eindruck auch dem Gegenüber vermittelt. Vom Energieablauf her gesehen heißt das folgendes:

„Die Bewegung von Energie vom Zentrum eines Organismus zur Peripherie ist funktional identisch mit biologischer Expansion, mit der Wahrnehmung von Lust." (*Lowen*, 1977, S. 43, übersetzt).



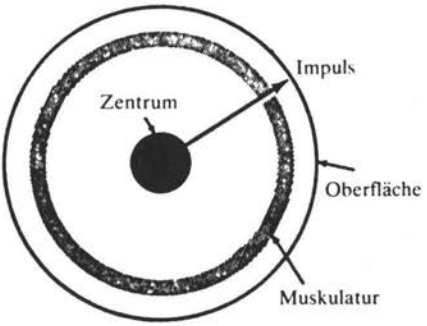


Abb. 1 *Abb. 2*

Abb. aus: *A. Lowen*, Körperausdruck und Persönlichkeit, Kösel Verlag 1981.



Abb. 3



Abb. 4

Links: Säugetier. Die Energie des Impulses wird noch von der Masse oder dem Muskelsystem beherrscht. *Rechts:* Mensch. Die Stärke des Impulses ist größer als die Masse oder das Muskelsystem. Sensibilität, Gewahrsein, Kommunikation und Steuerung werden ebenso stark wie die Motilität oder stärker.

4.1.2 Zur Triebtheorie der bioenergetischen Analyse

Die bioenergetische Analyse kennt eine Energieform und nennt sie Bioenergie.

Bewegt sich Energie vom Zentrum eines Organismus zur Oberfläche, wodurch die Beziehung zur Umwelt beeinflußt wird, handelt es sich um einen Impuls. Im einfachsten angenommenen Fall, beim Einzeller, bewegt sich der Impuls ungehindert und erreicht die Oberfläche direkt. Diese Energiebewegung repräsentiert das Lustprinzip (siehe Abb. 1). Viel zitierte Beispiele seit Wilhelm *Reich* sind einzellige Lebewesen, wie z. B. die Amöbe. Diese repräsentiert zugleich, sozusagen als Basismodell, alle weiteren Lebewesen in Bezug auf deren Reaktion zur Umwelt. Für alle Lebewesen gemeinsam gilt das grundlegende Axiom:

Die Einheit ist ein Phänomen jedes Organismus.

Entsprechend seiner Möglichkeit, auf einen Impuls von innen — und das gilt auch für einen Impuls von außen, einen Eindruck — reagieren zu können, also entsprechend Differenzierungsgrad und Bewegungsmöglichkeit, wird sich der Organismus verhalten können (siehe auch Realitätsprinzip).

Entlang einer Entwicklung zu mehr Differenzierung der intraorganismischen Strukturen und einer zunehmenden Spezialisierung der Bewegungsrichtung erfährt der Impuls auf seinem Weg vom Zentrum nach außen Veränderungen. Trifft er auf eine kräftig ausgebildete muskuläre Schicht (Abb. 2), so wird diese aktiviert, bevor der Impuls die Oberfläche erreicht. Und ist diese muskuläre Schicht, wie das beim Menschen, jedoch auch bei den anderen Säugetieren der Fall ist, zentral repräsentiert, also bewußtseinsfähig, ist es möglich, den Impuls zu unterdrücken (siehe auch körperliche Aspekte der Ich-Psychologie). Unter dieser Voraussetzung kommt es zur Aufspaltung der Gleichheit ohne Uniformität des Impulses nach dem Prinzip Ladung — Entladung, Anspannung — Entspannung, d. h. *der Impuls ist nicht länger eine Aktion, er kann jetzt in die Impulsenergie und die Bewegung selbst unterschieden werden.*

Ersteres ist als ein Gefühl wahrnehmbar, letzteres als dessen Ausdruck (*Lowen*, 1978, S. 74, übersetzt).

4.1.2.1 Das topographische Triebmodell nach Lowen

In der Auseinandersetzung mit der *Freud*schen Triebtheorie, insbesondere der Todestriebhypothese *Freuds*, mit der Beobachtung von Tieren, insbesondere von Tieren in Bewegung, den eigenen Erfahrungen mit Analyse bei *Reich* in Bezug auf Entstehungsorte und Bewegungsrichtung von Gefühlen am eigenen Körper sowie eigenen Erfahrungen und der Erfahrung mit der Arbeit mit Patienten, gelangt *Lowen* zum topographischen Modell der Triebe.

Die Bewegung von Energie vom Zentrum zur Peripherie eines Organismus, also der Impuls, verfolgt zwei Absichten bzw. Ziele. Eine bezieht sich auf die Funktion der Ladung, wie z. B. Nahrungsaufnahme, Atmung, sexuelle Erregung usw. Die andere bezieht sich auf die Funktion der Entladung, die überwiegend ihren Ausdruck in der sexuellen Entladung und Reproduktion findet (8). Bei einem galoppierenden Pferd z. B. bewegt sich die Energie durch das muskuläre System, das beim Pferd hauptsächlich am Rücken zu finden ist. Die beiden Enden des Pferdes, repräsentiert durch die Vorder- und Hinterläufe, nähern sich und berühren den Grund. Gleichzeitig wird Energie auf den Boden entladen, was zum Sprung führt. Die folgende Streckung des Rückens öffnet die Bauchseite des Pferdes und führt zur Einatmung, zur Neuformation eines Impulses. Bei den Säugetieren ist die Impulsenergie noch durch die muskuläre Masse dominiert. *Beim Menschen ist die Kraft des Impulses größer als die Masse des Muskelsystems, die dadurch ermöglichte aufrechte Haltung erlaubt, daß die*

beiden oben beschriebenen Phasen getrennt werden. Die Ladungsfunktion führt nicht notwendigerweise zur Entladung, d. h. sie kann vom muskulären System getrennt werden. Damit bleibt die Ladungsenergie entlang der Vorderseit des Körpers lokalisiert und erhöht damit gleichzeitig deren Sensitivität. Die erhöhte Sensitivität ermöglicht die Entstehung gewisser Gefühle, die entweder in Aktion oder in Worten oder in Aktion und Worten gemeinsam ausgedrückt werden können. *Diese beiden Modalitäten des Ausdrucks unterscheiden sich grundsätzlich; dabei ist besonders wichtig, daß nur die muskuläre Aktion die hohe energetische Ladung, die der Mensch produzieren kann, zur Entladung bringen kann.* Die Sprache, als Ausdruck des Denkens, kommt mit viel weniger Energie aus.

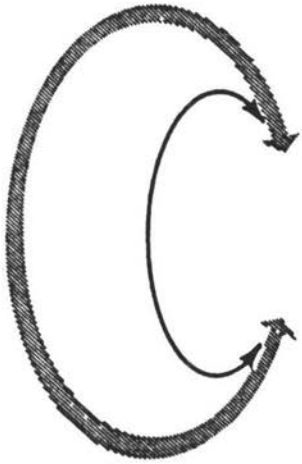


Abb. 5

Die schraffierte Linie stellt den Energiefluß den Rücken entlang dar. Die durchgezogene Linie zeigt den Energiefluß längs der Vorderseite des Körpers. Die Stellen des Zusammenfließens sind die peripheren Strukturen in der oberen und der unteren Körperhälfte, die mit der Umwelt reagieren. Der Hauptpunkt ist oben der Bereich zwischen den Augen, die Glabella, unten sind es die Genitalien. Zum oberen Bereich des Zusammenfließens gehören Augen, Nase, Mund und Hände. Zum unteren Bereich kann die Gegend vom After bis zu den Genitalien und zu den Füßen gehören.

Da am Ende dieser Überlegungen eine Neuaussage, die ein erweitertes Verständnis für die Zusammenhänge Energie — Trieb — Emotion ermöglicht, steht, möchte ich dazu *Lowen* ausführlich zitieren (siehe auch vorstehende Abb. 5).

„Die blaue Linie, die den Energiefluß entlang der Vorderseite des Körpers darstellt, repräsentiert Gefühle, deren hauptsächliche Qualität Zärtlichkeit ist. Darin sind so spezielle Empfindungen wie Mitleid, Mitgefühl, Nächstenliebe, Glaube usw. eingeschlossen. Sie zielen auf Identifikation des Individuums mit anderen Personen oder Dingen. Je nach Objekt ist die besondere Qualität unterschiedlich: Zärtlichkeit gegenüber einem Sexualobjekt, religiöse Gefühle auf Gott gerichtet, Mitgefühl für jemand, der leidet. Ihre Quelle scheint das Herz zu sein. Sind diese Gefühle ohne Beimengung einer Komponente vom Rücken her, haben sie einen blauen Ton, oder ermöglichen die blaue Stimmung.

Die rote Linie repräsentiert Gefühle, die die grundsätzliche Qualität von Agression haben. Man würde dazu zählen Ärger, Wut, sexuelle Aggression, das Jagen nach Nahrung usw. Diese Gefühle sind in nichts zart, wie der Rücken nicht weich ist. Entsprechend der Tatsache, daß der Bereich hauptsächlicher Muskelentwicklung der Rücken ist, werden wir erwarten, daß der Energiefluß in dieser Region die Antriebskraft für örtliche Bewegung zur Verfügung stellt ... Die Quelle dieser Energie möchte ich in den Bereich um den Ansatz der Zwerchfellschenkel legen. Von der zärtlichen Komponente getrennt, erzeugen diese Gefühle Hitze und ein Gefühl von Röte. Sie sind die Grundlage der Zornesröte, der Hitze sexueller Leidenschaft und des Blutdurstes der Jagd." (*Lowen*, 1978, S. 82, übersetzt.)

Die zärtlichen Gefühle haben eine geistige Qualität, sind nahe an die Atemfunktion und das Einatmen gebunden, sie reflektieren die Vorherrschaft eines geistigen oder himmlischen (ätherischen) Elements. (Siehe auch Farbentwicklung der Aura.) Umgekehrt kann den Gefühlen vom Rücken her eine materielle Ausrichtung zugeschrieben werden, im Dienste der Fortbewegung, der Nahrungssuche, ganz allgemein gesprochen im Sinne des Aggredi.

Das bioenergetiosche Triebkonzept nach *Lowen:*
Eros, als die einzige grundsätzliche Lebensenergie, steht im Gegensatz zur Materie, zum Lehm der biblischen Schöpfungsgeschichte, und bildet mit der Materie zusammen die Grundlage von Lebendigkeit. Ohne die Kraft des Eros — die Seele verläßt den Körper — zerfällt der lebende Organismus zum Tode. Je nach dem Weg, nach dem diese Energie den Organismus besonders auflädt, also ob kompakte Gewebe wie die Muskulatur oder plastisch-flüssige Gewebe, wie z. B. das Blut, entstehen zärtlich-erotisch-geistige Antriebe (Eros der Psychoanalyse) oder auch aggressive Antriebe, die natürlich auch destruktive Auswirkungen haben können.

Dieses Triebkonzept macht deutlich, daß es eine konservative Ausrichtung der Triebe, die ja von der Definition des Triebes her auch unlogisch ist, nicht gibt, entsprechend gelangt sie auch nicht zu dem Ergebnis eines Todestriebes. (9)

Auf der Grundlage der Antithese von Energie und Materie sowie auf der Antithese zwischen einem motorisch-aggressiven und sensorisch-erotischen Ausbreitungsweg der Energie ist folgende Weiterung möglich:

„Jetzt können wir auf einer höheren Organisationsebene von Ich und Sexualtrieben sprechen. Die Sexualtriebe schließen zwei grundsätzliche Komponenten ein, eine sensorische und eine motorische, Zärtlichkeit und Aggression. Die erotische Komponente bewegt sich an der Körpervorderseite von oben nach unten und verbindet sich mit einer aggressiven Komponente, die sich den Rücken von oben nach unten über den Damm ins Genitale bewegt. Die sexuelle Natur dieser Impulse wird durch das Ziel, nämlich den Sexualakt mit einem entsprechenden Objekt, und durch den Zusammenfluß der beiden Antriebe im Bereich der Genitalien bestimmt. Wenn andererseits die Bewegungsrichtung beider Triebe von unten nach oben zum Kopf hin ausgerichtet ist und die Triebe im Bereich zwischen den Augen (Glabella) zusammentreffen, können wir diesen Prozeß als Ich-Trieb bezeichnen." (*Lowen*, 1978, S. 91/92, übersetzt.)

Mit dem zuletzt Gesagten verlassen wir den Bereich der Theorie des Lustprinzips, das, wie jetzt deutlich ersichtlich ist, so eng an das Prinzip Leben gebunden ist. Auf dieser Basis, synonym mit dem Es der Psychoanalyse und dem Unbewußten, baut die Ich-Psychologie der bioenergetischen Analyse auf. Vermittelndes Glied in dieser Entwicklung des bioenergetischen Verständnisses der Person ist das Realitätsprinzip.

4.1.3 Das Realitätsprinzip

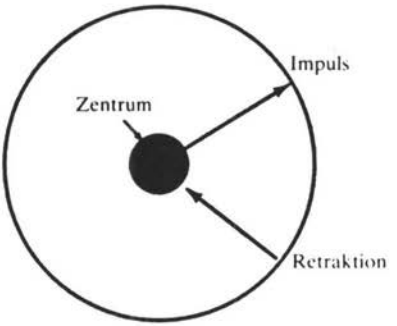
Das Realitätsprinzip fordert, eine Situation von Anspannung (Unlust) zu akzeptieren und auf lustvolle Entspannung zu verzichten, wenn eine äußere Situation das erfordert und wenn gleichzeitig im Hinblick auf die Zukunft Erwartung nach noch größerer Lust und die Vermeidung noch größeren Schmerzes antizipiert wird. Diese Definition schließt automatisch mit ein, daß die Voraussetzung für den Prozeß des Realitätsprinzips der Prozeß des Lustprinzips ist.

4.1.3.1 Zur Biologie des Realitätsprinzips

Das Realitätsprinzip erfordert, daß zwischen Impuls und Aktion eine Verzögerung eintritt. Beim tierischen und menschlichen Organismus ist das Organ dieser möglichen Verzögerung die Muskulatur.

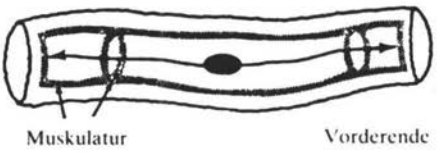
„Die Flexibilität, Elastizität der quergestreiften Muskulatur ist der Schlüssel für das richtige Funktionieren des Realitätsprinzips" (*Lowen*, 1978, S. 65, 1. Abschn., übersetzt).

Abb. 6



Spannung wird entladen durch die Ausdehnung der Oberflächenmembran, wie z. B. beim Ausstrecken eines Scheinfußes bei Einzellern, oder durch die Entladung von Substanz bei der Zellteilung. Es steht kein Mittel zur Verfügung, um die Impulse zu hemmen.

Abb. 7



Die Impulse sind entlang der Längsachse orientiert, obwohl der metamere Bewegungstypus auch segmentale Impulse der Ausdehnung und Zusammenziehung erfordert.

Abb. 8

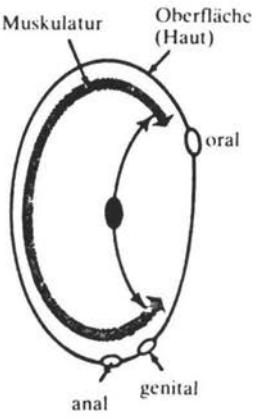


Abb. 9



Links: Die Muskulatur ist nun mehr am Rücken entlang konzentriert. Die Impulse sind stark längsorientiert, obwohl eine gewisse Entladung in den weiblichen Brustorganen stattfindet. Die Aufnahme ist dem oberen Ende vorbehalten, die Ausstoßung dem unteren Ende. *Rechts:* Verdichtung hat die metamere Anordnung, d. h. gleichartige Körperabschnitte hintereinander, auf drei Segmente, Kopf, Brustkorb und Bauch, reduziert. Diese werden durch zwei Einschnürungen, Hals und Taille, voneinander getrennt.

So kann man sagen, daß die Amöbe noch rein nach dem Lustprinzip funktioniert. Erhöhte Anspannung, durch einen Impuls ausgelöst, wird entweder durch die Ausdehnung der Oberflächenmembran, die Ausbildung eines Pseudopodiums, oder durch die Entäußerung von Substanz, durch Zellteilung, entladen. Dabei diene die Amöbe als Modell für die einfachste Form eines Lebewesens, das keine Spezialisierung aufweist in der Weise, daß für die Grundbedürfnisse Nahrung und Fortpflanzung besondere Einrichtungen oder Bewegungsrichtungen vorhanden wären. Höher organisierte Lebewesen, der Wurm mag als Beispiel dafür stehen, haben einen zweiten Grad der Bewegungsmöglichkeiten erworben, nämlich die Bewegung entlang einer Längsachse, auf der Körperabschnitte hintereinander zwischen den beiden Polen Kopfende und Schwanzende angeordnet sind. Zusätzlich zur zentrifugalen kommt es zur longitudinalen Impulsbewegung. Zugleich mit der Polarisation hat sich Spezialisierung (Nahrungsaufnahme, Nahrungsabgabe) und haben sich Strukturen (Muskulatur, Nervensystem) entwickelt.

Im Verlauf weiterer evolutionärer Entwicklung entsteht mit weiterer Ausdifferenzierung der Strukturen und einem Zusammenschluß der segmental angeordneten Körperbereiche eine Hierarchie der Entwicklungsstufen der Lebewesen, an deren Spitze, bedingt durch die Aufrichtung, der Mensch zu finden ist. Es haben sich drei Hauptabschnitte des Körpers herausgebildet, der Kopf, der Thorax und das Becken, sowie zwei enge Bereiche, der Nacken und die Taille. Die Rotation um die Längsachse als dritter Bewegungsgrad wird erworben. Die Impulsformation wird überwiegend längsorientiert, die beiden Pole, Kopf und Becken (die Beine werden dem Becken zugeordnet, ähnlich wie die Arme dem Kopfbereich), sind zugleich im Sinne der Spezialisierung für Aufladung (Nahrungsaufnahme, Sinneseindrücke, Einatmen) bzw. Entladung (Sexualakt, Ausscheidungsfunktion, Fortbewegung) unterschieden.

4.1.3.1.1 Das Realitätsprinzip und die untere Körperhälfte: Die Entladungsfunktion

„In der Funktion des Genitalapparates läßt sich die Natur des Realitätsprinzips am klarsten demonstrieren. Die Intensität der genitalen Entladung muß davon abhängen, wieviel Energie zuvor in dem Behältersystem aufgeladen werden kann. Der Genitalapparat selbst funktioniert ähnlich wie ein elektrischer Kondensator, der sich automatisch entlädt, sobald die Ladung die Kapazitätsgrenze erreicht hat. Im Sinne des Lustprinzips wird das Realtitätsprinzip nun in der Weise wirksam, daß diesem Genital-Kondensator-Apparat ein Reservoir vorgeschaltet wird, in dem mehr Energie aufbewahrt werden kann. Im Bezug auf das Genitale übernimmt diese Speicherfunktion das Becken und der untere Teil des Bauchraumes. Die Lustempfindung beim Sexualakt hängt von der Energiemenge ab, die im Bauch oder Becken festgehalten werden kann. Von diesem Reservoir wird langsam Energie in den Genitalapparat abgegeben. Bei der Acme geschieht die Entladung in einer Reihe von Pulsationen, begleitet von rhythmischen, unwillkürlichen Beckenbewegungen und, beim Manne, begleitet von Samenergüssen. Zu diesem Zeitpunkt strömt Energie frei vom Reservoir in den Kondensator, wobei eine Reihe von Ladungen und Entladungen entstehen. Ohne die Hilfe der Behälterfunktion würde der Orgasmus als eine einzige unrhythmische Entladung vonstatten gehen. Aus einem anderen Gesichtswinkel können wir sagen, daß die Fähigkeit, den sexuellen Impuls zu kontrollieren, hauptsächlich davon abhängt, wieviel Energie in den Geweben des Beckens festgehalten werden kann, ohne den Genitalapparat zu überladen. Das Genitale selbst kann keinen natürlichen Mechanismus aufweisen, Impulse zurückzuhalten." (*Lowen*, 1978, S. 62, übersetzt.)

Durch den aufrechten Gang und die in höchstem Maße bewußte Kontrolle der Bewegung erreicht der Mensch gegenüber den Säugern eine noch größere sexuelle Potenz.

In ähnlicher Beziehung wie Becken und Genitalapparat stehen Blase und Sphinkter sowie Kolon und Sphinkter. Ohne ein entsprechendes Fassungsvermögen des vorgeschalteten Speichers wäre die Funktion des Sphinkters relativ unwirksam in Bezug auf das Realitätsprinzip.

4.1.3.1.2 Realitätsprinzip und obere Körperhälfte: Ladungsfunktion

Auch bei den Impulsen, die dazu dienen, den Organismus aufzuladen, wird die Funktion des Reservoirs genutzt. Das Organ, das dort die Impulse zurückhält, ist das Gehirn.

„Bevor der Impuls in den motorischen Nerv gespeist wird, der die muskuläre Entladung kontrolliert, wird er der Überprüfung und Zensur der Wahrnehmungs- und Assoziationszentren (des Gehirns) unterworfen. Wenn Wahrnehmung oder Gedächtnis Zurückhaltung anraten, unterbleibt die motorische Entladung. Die Hauptenergie des Impulses wird im subkortikalen Bereich gespeichert oder ins Es-System zurückgenommen. Man kann das Realitätsprinzip nicht verstehen, wenn man die Tatsache nicht beachtet, daß das Gehirn und der Kopf insgesamt mächtige Impulse be-halten kann ... Die Energiemenge, die vom menschlichen Gehirn behalten und gehandhabt werden kann, ist ungeheuer groß. Bei besonders gesunden Personen kann dadurch ein Lichtschein um den Kopf herum entstehen." (*Lowen*, 1978, S. 66 oben, übersetzt.)

Als Prozeß läßt sich das Realitätsprinzip wie folgt beschreiben: Die Bewegung von Energie den Körper aufwärts, besser gesagt Richtung Kopf, führt immer zu erhöhter Aufladung, entsprechend einer Linie Spannung (Bedürfnis) — Reaktion darauf (z. B. mit den Armen ausgreifen) — Aufladung. Energiebewegung nach unten führt entlang einer Linie Entladung (von Energie) — Kontraktion (eines Muskels) zur Entspannung (des Organismus).

In dieser Weise definiert, wird deutlich werden, daß das „Gehen in die Phantasie" nie dazu führen kann, daß ein Spannungszustand beendet wird, da die entsprechende muskuläre Aktivität, die Aktion, fehlt.

„Die Phantasie ist in der Lage, zeitweise Spannung zu lösen. Sie führt zu einer allgemeinen Ausdehnung des Organismus; wird aber die Entwicklung an diesem Punkt unterbrochen, so entsteht ein Zustand von Unwirklichkeit. Muskelaktivität ... wird vermieden. So ist weder das Ich noch das Realitätsprinzip betroffen. *Das Ergebnis ist eine Abtrennung der Wahrnehmung von dem tatsächlich bestehenden Spannungszustand, der so lange weiterbesteht, wie die Phantasie weiterwirkt.*" (*Lowen*, 1978, S. 67, übersetzt.)

Mit anderen Worten, die Phantasie und ihre Abkömmlinge Vorstellungen und konstruktives Denken sind dann im Sinne von lustvoller Entspannung oder anders ausgedrückt „lebendiger Kreativität" nutzbar, wenn der durch die gedankliche Bewegung ausgelösten Anspannung eine Entspannung durch die Aktion folgen kann. Insofern ist von der Entwicklung eines weiteren, vierten Freiheitsgrades der Bewegung der Menschen zu sprechen.

„Es ist das zeitliche Vor- und Rückwärtsbewegen durch die Phantasie bzw. die Erinnerung" (*Frank*, R. und *Frank*, R. in (10) 1977, S. 68 unten).

Die Wirkung des Tuns, in Begleitung oder Folge einer Phantasie Entspannung herzustellen, ist nicht nur quantitativ zu verstehen. Die Aus-

sage bedeutet nicht, daß der ägytische Gelehrte, der seine Gedanken in Stein meißelt, mehr Entspannung erreiche als der Schriftsteller unserer Tage, der in die Maschine tippt oder auf das Band diktiert. Die Zustandsänderung, die ein Maler erreicht, wenn der Prozeß der Formung und Entwicklung des inneren Bildes seine Beendigung auf der Leinwand erfahren hat, ist nicht allein auf die aktive Bewegung der malenden Hand zurückzuführen. *Picasso* sagt: „Ich kann nur atmen, wenn ich arbeite." Die Polarisierung, wie sie *Lowen* in seiner Formulierung des Realitätsprinzips anbietet, ermöglicht erstmals ein biologisches Verständnis dieses Prinzips, sowie klare Stellungnahmen zu Begriffen wie Ausagieren im Gegensatz zu Entspannen, Sublimierung (Ideal und/oder Widerstand) und Erweiterung der Begriffe Kreativität, Phantasie, Ausdruck.

4.1.4 Zur Ich-Psychologie der bioenergetischen Analyse; körperliche Aspekte der Ich-Psychologie

Mit Rücksicht auf das enge Zusammenhängen genetischer Aspekte sowie dem Austausch der Umgebung (Eltern) bei der Entwicklung der Person werden entwicklungstheoretische Aspekte dem Punkt 4.2. der Gliederung zugeordnet, dem Punkt 4.1.4 (Ich-Psychologie) und 4.1.5 (Chrakterbildung und Strukturierung) sowie dem Punkt 5.2 (die speziellen Charakterstrukturen) und dort jeweils mit abgehandelt.

Das Ich errichtet sein Imperium auf der Basis des Es und befindet sich prozeßhaft mit dem Es im Austausch. Die bioenergetische Analyse hat hier den strukturellen Aspekt der Psychoanalyse übernommen (11). Das Ich wird als Ort des Bewußtseins verstanden, mit dem Licht verglichen, das eingeschaltet wird.

Das Ich sei der Ort der Wahrnehmungsfunktionen, in Bezug auf Eindrücke aus der Umwelt ebenso wie in Bezug auf Eindrücke aus dem Körperinneren. Es sei der Ort der Angst ebenso wie der Abwehrmechanismen. Entscheidungen über das weitere Schicksal eines Impulses werden im Ich getroffen, ein Impuls kann bewußt zurückgehalten werden, genauso wie das Ich grünes Licht für die Ausführung geben kann. Dem Ich zugerechnet sei weiterhin alles, was jemals bewußt gewesen ist und somit, z. B. durch analytische Arbeit, wieder bewußt werden kann (unbewußte Anteile des Ich, das Vorbewußte und das Verdrängte). Dem Ich werden synthetische Funktionen zugesprochen, es hat die Möglichkeit zu wachsen und kreativ zu sein. In dieser Form wird das Ich innerhalb der Person dem Charakter gegenübergestellt. *Lowen* benützt die Bezeichnung Ich (engl.: ego):

„synonym für das Selbst in subjektivem Sinn" (*Lowen*, 1978, S. 21, übersetzt).

Damit steht er ganz in der Nähe des Ich-Begriffs der psychoanalytischen Ich- und Selbst-Psychologie (*Hartmann, H., Jacobsen, Kohut,* näheres siehe auch den Beitrag der Psychoanalyse zu diesem Projekt).

Zur Erweiterung dieses psychischen Aspektes um den körperlichen können wir nochmal die Schemata (siehe Instinkttherpie) zu Hilfe nehmen. Diese sind in der Weise zu erweitern, daß der Impuls, der die Oberfläche erreicht, *gleichzeitig bewußt* wird, d. h., in einem erweiterten Sinn topographisch gesehen, die Oberfläche des Gehirns, den Neocortex, erreicht. (Das Ich sei eine Projektion einer Oberfläche auf einer Oberfläche.) Das System Wahrnehmung — Bewußtsein liegt auf der Oberfläche der Hirnrinde. Figur 1 steht somit als Beispiel für diesen Bereich Wahrnehmung, Bewußtheit. Eine Kontrolle über Bewegungsmöglichkeit ist in dieser Form nicht gegeben, sie wird erst mit der Ausdifferenzierung höherer Lebewesen, mit der Ausbildung von Muskulatur möglich. Diese Körpermuskulatur ist in Figur 2 als Zwischenring eingezeichnet. Erst dieses Modell ermöglicht uns, die körperliche Basis der psychischen Funktion zu zeigen:

„Der Impuls aktiviert das muskuläre System, bevor er die Oberfläche erreicht. Das muskuläre System hat eine zweifache Funktion. Gewöhnlich denken wir dabei an den Bewegungsapparat eines größeren Organismus. So ist es auch. Aber gleichzeitig hält Muskulatur Bewegung zurück, genauso gut, wie sie diese ausführt ... Betrachten wir den Fall eines Menschen, der mit Wut geladen ist und doch den Impuls, zuzuschlagen, zurückhält. Er hat die Fäuste geballt, die Arme sind angespannt, die Schultern hochgezogen und zurückgehalten, um den Impuls in der Gewalt zu haben. Während dieses Prozesses der Beherrschung verhindert das Ich als ein psychischer Prozeß die Entladung des Impulses auf die Oberfläche und in Richtung auf die Umwelt dadurch, daß es den Zustand muskulärer Kontraktion aufrecht erhält." (*Lowen*, 1978, S. 32, übersetzt.)

In diesem hier beschriebenen Prozeß besteht Bewußtheit über die Emotion, den Impuls, sowie über das Zurückhalten, das Beherrschen. Die Person, die mit ihrem Ich in dieser Weise handelt, ist an die Wirklichkeit angepaßt und folgt in ihrer Handlung dem Realitätsprinzip.

Fehlt Bewußtheit darüber, daß der muskuläre Bereich angespannt ist, wie es bei chronischen Verspannungen ja regelmäßig der Fall ist, fehlt auch Bewußtheit über den unterdrückten Impuls und das unterdrückte Gefühl. Es handelt sich nicht mehr um bewußte *Beherrschung*, sondern um unbewußte *Kontrolle* von Bewegung. Wir finden hier den Mechanismus, über den das *Über-Ich* seine unbewußte Kontrolle über Bewegung ausübt.

„Die Hemmungen, die durch das Über-Ich gesetzt sind, sind unbewußt und haben mit der Wirklichkeit der gegenwärtigen Situation des Hier und Jetzt nichts gemein. Sie repräsentieren eine Bewegungseinschränkung, über die das Ich keine Kontrolle hat." (*Lowen*, 1978, S. 32, übersetzt.)

Das Über-Ich in der Gesamtheit seiner Verspannungen gibt die Haltungen vor, innerhalb derer eine Person Halt findet. Beginnend mit abgeschlossener ödipaler Phase errichtet jede Person ihr persönliches Weltbild, das als bewußtes Gegenstück zum unbewußten Über-Ich zu gelten hat und das als bewußtes Ich-Ideal bezeichnet werden mag. Das Wachstum des Ich als integrierende und organisierende Kraft kann nur innerhalb der Grenzen, die durch das Über-Ich gesetzt werden, vonstatten gehen.

4.1.5 Charakterbildung und Strukturierung

Die Gesamtzahl von Haltungen, körperlich-regional gesehen besser als Halterungen bezeichnet, ergeben die Charakterstruktur, die das für die jeweilige Person Typische, die typische Haltung, an der sie erkennbar wird, noch bevor die Gesichtszüge deutlich werden, mitteilt. Es ist damit schon gesagt, daß, wenn auch die Ausbildung des Charakters als pathologisch betrachtet wird, dies dennoch die Regel ist. Die Strukturierung des Charakters beginnt, dem augenblicklichen Stand des Wissens nach, mit der Geburt und stellt eine Reaktion der heranwachsenden Person auf die Strukturen ihrer Eltern dar, wobei in der ersten Lebenszeit dem Austausch mit der Mutter die Hauptrolle zukommt. In der energetisch-dynamischen Betrachtungsweise der bioenergetischen Analyse dient die Ausbildung des Charakters dem Überleben der Person im jeweils entsprechenden Bedürfnisbereich, der wiederum durch die Hauptrichtung und Besetzung der Libido, sprich Körperenergie, determiniert wird. Am Beispiel des oralen Charakters heißt das folgendes:

„Die Beziehung des Kindes zu seiner Mutter ist eine libidinöse, ein *Energieprozess* ist beteiligt. Der Kontakt des Kindes mit dem Energiesystem seiner Mutter erregt die Energie des eigenen Systems und bewirkt ein Vorwärtsströmen Richtung Kontakt. Im Fall des Säuglings ist das die Brust, entsprechend wird die energetische Ladung am Mund des Säuglings besonders stark. In diesem Moment, wo der Kontakt hergestellt ist, beginnt die longitudinale Pulsation vom Zentrum zum Ende. In diesem Moment hat das Realitätsprinzip begonnen zu wirken. ... Wachstum, Reifung und das Errichten der biologischen Basis für das Realitätsprinzip folgen einem wohlbekannten biologischen Gesetz, nach dem die Entwicklung vom Kopfende zum Schwanzende fortwärts schreitet. Der Säugling braucht den körperlichen Kontakt mit seiner Mutter genauso, wie Nahrung und Luft zum Atmen. Die nötige Intimität wird am besten durch die Funktion des Stillens erreicht. ... Der Kontaktverlust mit der Mutter (wirkt sich) als Deprivation aus." (*Lowen*, 1978, S. 147/148, übersetzt.)

Zur Entwicklung einer oralen Charakterstruktur ist es nötig,

„... daß die Deprivation sehr schwer sein muß und in den ersten sechs Monaten sich ereignet. ... Die bioenergetische Basis in dieser Charakterstruktur ist eine Abschwächung der längsgerichteten Energieschwingung. Weder Kopf noch Genitale sind stark geladen." (*Lowen*, 1978, S. 150, übers.)

Bis zum Erreichen der genitalen Phase, dem Zeitpunkt, zu dem die Genitalien im bewußten Interesse des Kindes eine Hauptrolle spielen, findet natürlicherweise eine kontinuierliche Entwicklung statt, ein besonderes Interesse des Kindes an seiner Analzone scheint eher nicht zu bestehen, das Interesse hieran sei wohl eher durch das soziale Interesse der Eltern induziert. (12) Mit Erreichen der genitalen Stufe, gleichzeitig mit einer gewissen Unabhängigkeit durch den Stand der Muskelentwicklung (Skelettmuskulatur und Sphinkter) sowie des Verstehens und Mitteilens, wird sich das Kind, vorausgesetzt die vorangegangenen Entwicklungsphasen sind ungestört durchlaufen worden, in Konflikten mit den Eltern nicht mehr von der Wirklichkeit zurückziehen.

Zu dieser Zeit hat die bioenergetische Pendelbewegung, die das Realitätsprinzip als Prozeß definiert, an beiden Enden des Körpers sich fest verankert. (Mit dieser Formulierung ist auch gleichzeitig das Realitätsprinzip auf körperlich-energetischer Basis definiert.) Die in dieser Zeit gesetzten Abwehrstrukturen führen zum rigiden Charakter, der jene Form der muskulären Abwehr zeigt, die *Wilhelm Reich* als *Charakterpanzerung* bezeichnet hat. Er repräsentiert gleichzeitig den genitalen Charakter, im Gegensatz zu den prägenitalen Charakterstrukturen, die diese Form bei der durchgehenden Abwehrstruktur nicht besitzen. Dabei entspricht der jeweiligen muskulären Struktur die psychologische Haltung.

Im nächsten Abschnitt werden die speziellen Charakterstrukturen im einzelnen beschrieben und der jeweiligen zugehörigen Entwicklungsstufe genauer Rechnung getragen. Das Herausarbeiten der Charakterstrukturen in der Weise, daß sie die Grundlagen für einen therapeutischen Ansatz bilden, hat *Lowen* geleistet.

5. Theorie der Psychotherapie

5.1 Das Konzept des grounding

Anlaß für die Entwicklung dieses Konzepts war die Unzufriedenheit damit, daß zwar während der Sitzungen Fortschritte möglich waren, diese Fortschritte jedoch nicht in den Alltag mitgenommen werden konnten. Es ging primär darum, für die Problematik des Transfers Lösungsmöglichkeiten zu entwickeln und anzubieten. (Siehe auch 6.1.)

Grounding mag definiert sein als ein Prozeß, der dazu führt „to be grounded". To be grounded bedeutet, die Ganzheit der eigenen Person in Bezug zur aktuellen Wirklichkeit, zur Umgebung und dem Gegenüber der anderen Personen, zur eigenen historischen Wirklichkeit und der möglichen Zukunft zu spüren. Ein Beispiel: Während eines Laufes

auf einem von alten Eichen bestandenen Pfad entlang dem Chiemseeufer — ich war schon längere Zeit unterwegs und hinderliche Verspannungen im Bereich von Schultern, Zwerchfell und Becken hatten sich gelöst — spürte ich zunehmend den Gleichklang von Atmung, Bewegung und einer prickelnden Lebendigkeit, die bei jedem Schritt sich ausbreitete. Und während ich glücklich das Erlebnis dieser Landschaft genoß, bekam ich einen deutlichen Begriff von Liebe zur Heimat und Liebe zur Mutter. Und gleichzeitig wußte ich, daß es dem modernen Menschen, wenn er es zuläßt, daß sich seine Zivilisation in die bisherige Richtung weiterentwickelt, nur auf der Basis einer schizoiden Abwehr, einer Abspaltung dieser Gefühle vom Bewußtsein möglich sein wird, die Zerstörung von Intimität in Beziehungen und die Zerstörung der natürlichen Umgebung zu ertragen.

Das grounding-Konzept repräsentiert das Prinzip der Einheit in der bioenergetischen Analyse und ermöglicht die Absicht, es zu verwirklichen. Ohne die Möglichkeit dieser Form der Integration bleibt die charakteranalytische Arbeit, der andere, dem grounding gewissermaßen antagonistische Teil bioenergetischer Arbeit, Bruchstück. Ähnlich wie in der Psychoanalyse geht die Theorie der bioenergetischen Analyse aus der praktischen Arbeit hervor; die praktische Arbeit befruchtet immer wieder die Theorie genauso, wie die Theorie, sofern sie in einem Bereich einen Meta-Standpunkt erlaubt, wieder die praktische Arbeit fördert.

Von der *Freud*schen Psychoanalyse wurde, wie dem Leser dieses Textes aufgefallen sein wird, das genetische Modell, das Instanzenmodell, das topographische Modell übernommen, wobei die Inhalte dieser Modelle aufgrund der radikalen Weiterentwicklung des *Freud*schen Libidobegriffs, des energetisch-ökonomischen Modells, ihre ursprüngliche Bedeutung erweitert und damit auch verändert haben. Von der Psychiatrie her spielen Betrachtungsweisen, wie sie *Kretschmer* mit seinen Konstitutionstypen angegeben hat, noch eine gewisse Rolle. Die Entwicklung der theoretischen und praktischen Arbeit nimmt weiter Bezug auf die Ergebnisse der dynamischen und Sozial-Psychiatrie, der Anatomie, insbesondere der funktionellen Anatomie, der Physiologie und der Physik sowie der Neurologie. In ihrer Theoriebildung steht die bioenergetische Analyse im Austausch mit anderen Modellen körperorientierter Psychotherapie, den neoreichianischen Verfahren (*Gerda Boyesen, Malcolm Brown*) sowie der Thymopraktik (*H. Petzold*).

Von der historischen Entwicklung her und vom Ausbildungsweg der bioenergetischen Therapeuten her spielt, ähnlich wie die Psychoanalyse, die Gestalttherapie (*F. Perls*) eine Rolle. Ansätze aus der System-

und Kommunikationstheorie, der Gruppendynamik und Familientherapie sind interessant.

Auf dem Weg zu seinem persönlichen Arbeitsstil wird jeder bioenergetische Therapeut, der sich mit den Grundprinzipien des grounding und der Charakteranalyse einig weiß, aus dem großen Angebot technischer Möglichkeiten die für ihn selbst am besten geeigneten Techniken aussuchen, sie zur eigenen Theoriebildung mitverwenden und so seinen persönlichen Beitrag zur allgemeinen Theoriebildung leisten können.

5.2 Psychopathologie

Die speziellen Charakterstrukturen

Die bioenergetische Analyse unterscheidet fünf Charakterstrukturen: die schizoide, orale, masochistische, psychopathische und rigide Charakterstruktur. Diese Strukturen sind Personen zugeordnet und bilden die Grundlagen für deren herausragendste Eigenschaft und Verhaltensmöglichkeiten. So lassen sich unter den unendlich vielen Formen des individuellen Daseins Personengruppen bilden, die bei sich angleichender und damit ähnlicher, wenn auch nicht gleicher Struktur als Charaktertypen voneinander unterscheidbar sind. Charaktertyp meint also, Mitglied einer Gruppe mit bestimmter dominanter Charakterstruktur zu sein.

Die Strukturen entwickeln sich, ausgehend von einer zeitlich definierten Entwicklungsphase, der ein jeweiliges Grundbedürfnis zugeordnet werden kann, in Bezug auf die wichtigen, geliebten Personen der Kindheit, von deren Reaktion (und wieder eigener Charakterstruktur) es abhängen wird, wieweit diese jeweiligen Grundbedürfnisse erfüllt werden können. Sinn der Strukturierung zu einer Haltung ist, in einer bestimmten Situation zu einer bestimmten Zeit in Abhängigkeit von anderen Personen überleben zu können.

Dieses, für das Überleben des Kindes nötige Strukturieren der Bewegung ist es, was die Entwicklungsmöglichkeiten des Ich in, wie wir sagen, pathologischer Weise einengt; es sind nicht die zuständigen Personen, in der Regel der Vater, die Mutter, wenn diese auch bei diesem Vorgang eine entscheidende Rolle spielen.

5.2.1 Die schizoide Struktur (in Bruchstücken leben) (13)

Die schizoide Persönlichkeit ist durch Abspaltung (im Englischen: split) und durch Rigidität gekennzeichnet. Der Körper ist vom Ich abgetrennt und wird entweder nicht beachtet oder verachtet. Körperli-

ches sei trivial, so ein Physiker; Körperliches sei proletarisch, so eine adelige Dame; Körperliches sei Nebensache, so ein Landwirt; Körperliches sei schmutzig und sündhaft, so eine Lehrerin. Durch diesen Mechanismus entgeht der Person die Lebensmöglichkeit nach dem Lustprinzip, die Regulationsmöglichkeiten, die das In-Kontakt-sein mit dem Körper anbieten, werden nicht genutzt, die Überprüfungsmöglichkeiten durch Gefühle und die entsprechenden Reaktionsweisen sind der Person abhandengekommen. Fragt man eine schizoide Person, was sie spüre, ist die regelmäßige Antwort: Nichts, oder nichts Besonderes. Das Selbstbewußtsein ist um das Bewußtsein des Fühlens und des Spürens reduziert, in der Sprache des Körpers ausgedrückt: Der schizoiden Person fällt es schwer, zu etwas zu stehen, gegenüber einer anderen Person einen Standpunkt zu vertreten, selbst-ständig zu handeln. *Anstelle des Lustprinzips ist die Funktion des Willens die maßgebliche Richtschnur für das Tun des Ich geworden.* Der Körper wird zum Werkzeug des Willens degradiert.

Besonders deutlich sind innerhalb einer Person folgende splits zu erkennen:

Die Abtrennung des Sehens vom Denken. Die schizoide Person ist über das Thema mit dem Gesprächspartner in Kontakt, jedoch nicht über das Sehen, der Blick hat eine typische geistesabwesende Qualität, er ist nicht in der Lage, Gefühle auszudrücken. Die Abtrennung Sehen: Denken wird durch sehr starke muskuläre Verspannungen im Augensegment, im Bereich der Kopfschwarte und am Nacken-Kopfansatz bewirkt. Ein weiterer split ist Kopf gegen Körper, durch eine typisch abgewinkelte Haltung des Kopfes gegen den Körper, die eine spezielle Sicht der Realität ermöglicht. Eine weitere Abspaltung ist Oberkörper gegen Unterkörper im Bereich der Taille, bewirkt durch einen schweren Kontraktionszustand des Zwerchfells. Zum einen wird dadurch ein niedriger Sauerstoffpegel aufrecht erhalten, zum anderen alle Gefühle aus dem Bauch- und Beckenbereich, auch die sexuellen, abgehalten. Weitere Spannungsringe finden sich im Bereich der großen Gelenke, vor allem der Knie- und Fußgelenke sowie der Schultergelenke.

Die Muskulatur befindet sich insgesamt in einem Kontraktionszustand, sie kann recht stark ausgebildet sein, kennzeichnenderweise ist sie (im Gegensatz zum Rigiden) unproportioniert verteilt.

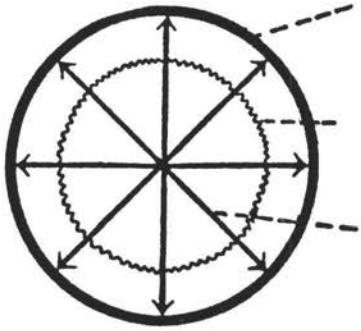
„Verwirrt in Bezug auf seine Identität und ahnungslos, was ihre Wünsche sind, sondert sich die schizoide Person entweder von den Menschen ab und zieht sich in eine innere Welt der Phantasie zurück, oder sie nimmt eine Stellung ein und spielt eine Rolle ... Bei Rückzug stehen Symptome wie Scheu, Abgeschlossenheit, Argwohn und Realitätsferne im Vordergrund. Spielt die Person eine Rolle, werden die besonderen Sym-

ptome Tendenzen andeuten, zu verleugnen oder zu verdrehen, eine besondere Empfindlichkeit gegen Kritik wird entstehen, sowie Gefühle der Unterlegenheit und Klagen von innerer Leere oder mangelnder Befriedigung. Rückzug und Aktivität mögen auch wechseln wie Depressionen und Aufregungen, begleitet von schnellen oder übertrieben erscheinenden Stimmungsschwankungen. Das Bild des schizoiden Charakters bietet viele Kontraste." (*Lowen*, 1969, S. 31, übersetzt.)

Wir treffen sie als eiskalte Planer und (auch verbrecherische) Außenseiter, als Eremiten, Fanatiker, Retter, Heilige und Prostituierte, im Verbund mit besonderen Talenten kann sich die Struktur im künstlerischen-darstellerischen Bereich besonders gut verwirklichen.

Dynamische Inhalte der schizoiden Abwehr

Es handelt sich dabei um eine Abwehr gegen Terror. Das Fundament für diese Arten der Abwehr wird durch eine Deprivation, verbunden

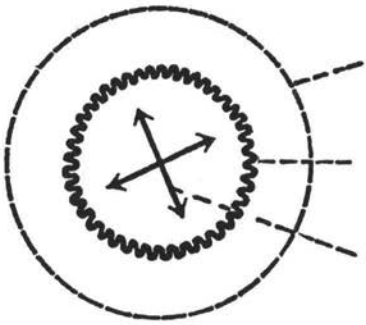


Peripherie: Die dicke Linie bezeichnet die Integrität der Oberfläche, die durch eine fortwährende Ladung von innen her gewahrt bleibt.

Willkürliche Muskulatur: Die dünne Wellenlinie bezeichnet den Zustand der Entspannung und Dehnung.

Impulse: Sie verlaufen rhythmisch und sind stark genug, um die Oberfläche zu erreichen.

Abb. 10: Normaler Zustand



Peripherie: Die gestrichelte Linie bezeichnet Durchlässigkeit und Mangel an Ladung.

Willkürliche Muskulatur: Die dicke Wellenlinie bezeichnet die Kontraktion und Verspannung der Muskeln.

Impulse: Die Bildung von Impulsen ist schwach und sporadisch.

Abb. 11: Schizoider Zustand

Abb. aus: *A. Lowen*, Betrayal of the Body, Collier Book, New York.

mit der Erfahrung, daß das Leben bedroht ist, im Alter bis zu 6 Monaten und wahrscheinlich intrauterin gelegt. Es kommt zur Erstarrung und Immobilisation, die Grundhaltung der Struktur wird am besten als ein Sich-Zusammennehmen, bzw. ein Sich-Zusammenreißen gegen ein drohendes Auseinanderfallen, das Vernichtung bedeutet, definiert. Zusätzlich ist das Festfrieren der Körpermuskulatur direkter Ausdruck des „Vor-Schreck-erstarrt"-Zustandes. Aus dieser Haltung strukturiert sich mit der Pubertät die schizoide Persönlichkeit.

Der Kontraktionszustand und die besonderen Spannungsringe der Muskulatur halten die Impulse zugleich fest, wie sie auch die Energien für die verminderte Atmung gering halten. Die Folgen für die Peripherie sind geringere Aufladung und gleichzeitig verringerte Widerstandskraft (was auch die hochgradige Verletzlichkeit der schizoiden Person erklärt). Zusammen mit der Strukturierung der Körperhaltung kommt eine illusionäre Haltung zustande, die heißt: Mein Denken ist mein Dasein. Bricht die Illusion zusammen, wird der Schizoide mit seiner existentiellen Furcht konfrontiert (Verzweiflung). Zur Desillusionierung kommt es häufig dadurch, daß aufgrund der Abtrennung der körperlichen Sphäre risikoreich gelebt wird, daß sich die Person Gefahren exponiert, mit Drogen experimentiert und dabei im Grunde immer als Leidtragender mit der Wirklichkeit konfrontiert wird.

„Zu Zeiten bekommt man den Eindruck, daß speziell die schizoide Person durch einen übel gesonnenen Dämon in Aktionen getrieben wird, die sie an Leben oder Gesundheit gefährden. Auch in weniger schwer gelagerten Fällen zeigt sich eine selbstzerstörerische Tendenz in der Persönlichkeit, der in der Therapie sehr schwer zu begegnen ist." (*Lowen*, 1969, S. 91, übersetzt.)

So hat eine meiner Patientinnen z. B. die Therapie unterbrochen, als ich ihr zugestand, daß für die nächste Zeit das Hauptthema in den Sitzungen, ihrem eigenen Wunsch entsprechend, das Ziel sei, von jahrzehntelangem Analgetika- und Psychopharmaka-Mißbrauch wegzukommen. Eine andere Patientin, eine starke Raucherin und Trinkerin mit offenliegenden Selbstmordtendenzen, hat ihre Therapie in dem Punkt abgebrochen, wo sie sich sagen mußte, daß ein weiteres Aufsuchen des Therapeuten von der Konsequenz begleitet sein müßte, diese offensichtliche Form des selbstdestruktiven Verhaltens zu ändern. Die besondere Furcht der schizoiden Person, die panisch gefärbt ist, ebenso wie die selbstzerstörerische Tendenz, haben ihren Ursprung in einer mörderischen Wut, die es letztlich gilt, vom Bewußtsein fernzuhalten. Aus einem Patiententraum:

Beschauliche, nachmittägliche Stille im freundlichen Wohnzimmer des Hauses, durch das geöffnete Fenster scheint die Sonne. Der Träu-

mer verläßt die Räumlichkeiten und begibt sich in den Keller. Dort trifft er auf eine männliche Person mit Mördergesicht, eine Mischung aus bösem Geist und Monster, der in großen Schritten die Räumlichkeiten und Gänge des Kellers durcheilt. Der Träumer kann sich aus seiner Schreckensstarre lösen und den Rückzug antreten.

Dieser Traum fiel in eine Zeit, wo sich der Patient anfing zu fragen, ob nicht auch er (sogar er) sadistische Züge an sich haben könnte.

Wut, Panik und Verzweiflung sind die Reaktionen auf die immerwährende Zurückweisung im Zusammenhang mit der Äußerung eigener Grundbedürfnisse, wobei das erste heißt: Ich bin da. Immer wieder ist das Kind mit seinen Bedürfnissen mit einer Mutter konfrontiert, die, aus der Sicht des Kindes, diese nicht erfüllt. Das Ineinanderwirken zwischen Illusion und dämonischer Kraft kann im Fall einer Frau gesehen werden,

„die die Illusion hat, daß sie die perfekte Mutter sei, die doch oft auf eine Art und Weise handelt, als wolle sie ihr Kind zerstören. Letzteres tut sie nicht bewußt, im Gegenteil, ihr bewußter Wunsch ist, perfekt zu sein und ein perfektes Kind zu haben. Aber ein Kind ist nicht perfekt und die Mutter wird frustiert durch die menschlichen Schwächen ihres Kindes. Unter der Maxime „Mutter weiß es am besten" verweigert sie ihrem Kind die Gelegenheit, die eigene Persönlichkeit durch Selbstregulation zu entwickeln. Sein Widerstand gegen ihre Überherrschaft wird als Widerstandsgeist betrachtet und der natürlichen Perversität des Kindes angelastet. Wenn ihre Beunruhigung über das fortgesetzte Unvermögen ihres Kindes, positiv auf diese Behandlung zu reagieren, ein gewisses Maß übersteigt, wendet sie sich in Wut und mit Feindseligkeit gegen ihr Kind. Es ist erstaunlich, wie selbstgerecht sich die Mutter fühlen kann, wenn sie sich in dieser Weise verhält. Der Konflikt zwischen Kind und Eltern kann für beide Teile nur ein negatives Ergebnis haben. Das Kind kann nicht gegen die Eltern gewinnen, von denen es in Bezug auf Überleben und Wachstum abhängt. Aber auch die Eltern können nicht gegen das Kind gewinnen, das Kind mag sich zwar nach außen unterwerfen, bleibt jedoch innerlich rebellisch." (*Lowen*, 1969, S. 130, übersetzt.)

Kontrolle, Verführung und Zurückweisung sind Mittel, die zum Besten des Kindes eingesetzt werden. Man kann hier in manchen Fällen tatsächlich von Gehirnwäsche sprechen. Häufig gelingt es dem Kind auch nicht, auch aus Gründen dessen Struktur, den Vater als zuverlässige Person auszuwählen. In dieser Konstellation eines andauernden Überlebenskampfes kommt es, im Sinn der transaktionellen Analyse formuliert, zur Mitteilung: Ich muß gleich sterben.

Auf diesem Hintergrund bekommt das selbstzerstörerische Verhalten den Charakter eines dringlichen Hinweises an die zuständigen Personen, auf den eigenen Notstand aufmerksam zu werden, und den Charakter eines dringlichen Appells, doch endlich etwas zu tun. Gerade im jugendlichen Alter sind derartige drastische Maßnahmen oft die einzigen Mittel, damit die Eltern tatsächlich aufmerksam werden.

Auf dem Hintergrund, einem verhängnisvollen Schicksal ausgeliefert zu sein, entwickelt sich ein Wissen, nicht Erfolg haben zu können oder gar zu dürfen.

„Warum sollte Erfolg so befürchtet werden, oder welcher Erfolg ist zu fürchten? (Auf der ödipalen Ebene) ist der befürchtete Erfolg der sexuelle Besitz des Elternteils, ... (der Patient) ist zuerst sich dessen nicht bewußt, daß das drohende Schicksal, das über ihm hängt, der Schrecken ist, Inzest zu begehen, die Gefährlichkeit, dieses ehrfurchtgebietende Tabu zu durchbrechen und die Angst vor der strengen Bestrafung, die unausweichlich darauf folgen würde. In Abwehr gegen diesen Schrecken opfert die schizoide Person ihr Recht, sich an ihrem Körper zu erfreuen und die Wärme von menschlichem Kontakt zu erfahren." (*Lowen*, 1969, S. 93, übersetzt.)

Erst durch das Spüren und Durchleben der eigenen Verzweiflung wird es der schizoiden Person in der Regel ermöglicht, sich als soziales Wesen mit dem Wunsch, sich mit anderen Menschen auszutauschen und in Kontakt zu treten, anzuerkennen. Erst mit dem Anerkennen dieser Bedürfnisse kann die Person anfangen, auch etwas dafür zu tun.

Bioenergetische Aspekte der Schizophrenie

Durch Streß existentieller Natur kann das Gleichgewicht der schizoiden Struktur auch in der Weise geändert werden, daß eine psychotische Episode entsteht, insbesondere, wenn das Lebensalter der Adoleszenz und der Menopause betroffen ist.

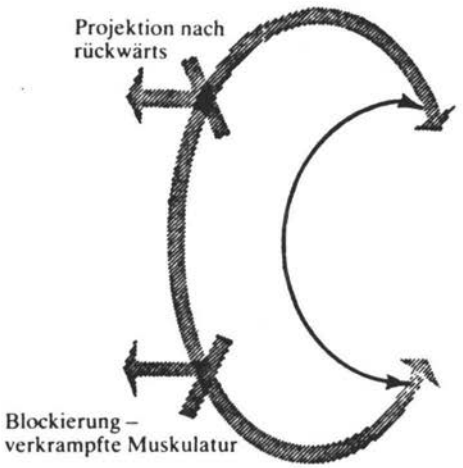


Abb. 12

Abb. aus: *A. Lowen*, Körperausdruck und Persönlichkeit, Kösel Verlag 1981.

Es kommt dabei zu Abtrennungsvorgängen innerhalb der Person, die einzelne Bereiche betreffen, z. B. das Gefühl, wie amputiert zu sein, oder auch komplexer sind, ebenso wie es zu einer Trennung zwischen der Gesamtperson und der umgebenden Wirklichkeit kommt. Wenn im folgenden auf die bioenergetischen-dynamischen Grundlagen dieser Erkrankung eingegangen wird, sollte zuvor erwähnt werden, daß die Entwicklung dieser Einsicht nur durch das Ernstnehmen der psychotischen Person und über das Verständnis ihrer Symptome, hauptsächlich das der Depersonalisation, der Halluzination und der Projektion möglich war.

„Wir versuchen, eine Erkrankung zu verstehen, deren Symptome, wenn sie ernstgenommen werden, vom Standpunkt unserer alltäglichen Realität aus unverständlich sind." (*Lowen*, 1969, S. 344, übersetzt.)

Neben der genauen Beobachtung während der Arbeit mit Schizophrenen haben auch Beobachtungen von gesunden Personen in Zuständen besonderer Aufregung, wie z. B. vor Freude sozusagen außer-sich-sein und neben-sich-stehen und sich dabei beobachten, und die Arbeit mit Medien eine Rolle gespielt. Über die Beobachtung der Aura lassen sich auch hier wieder Beiträge nutzen:

„Es scheint möglich in Zuständen besonders hoher Aufladung, daß sich der Organismus aus seiner Aura herausbewegen kann, die dann in Form des Körpers hinter ihm bleibt und ihm wie ein Schatten folgt. Letzterer kann Form und Zusammenhalt solange beibehalten, als vom Körper aus Energie in ihn einströmt. Auf dem Weg über die Energiebrücke, die zwischen den beiden Systemen besteht, verdoppelt sich die Wahrnehmung des Selbst. Dieses Phänomen des Körperfeldes fällt in sich zusammen und verschwindet, sobald bei nachlassender Erregung die Energie in den eigenen Körper zurückfließt. Dieser beschriebene Vorgang führt nicht zum Verlust des Selbst und zu keinem psychotischen Abspalten der Person." (14)

Daß es unter ähnlichen Voraussetzungen zu einem Zustand von Psychose kommen kann, hängt mit der Struktur des schizoiden Charakters zusammen, die zugleich, als Oberflächenphänomen, das Ich repräsentiert. Dieses Ich ist in der Weise als schwach zu bezeichnen, als es unkoordiniert ist und ihm das Bewußtsein der Einheit fehlt; es identifiziert sich bewußt mit dem Geistigen. Rigidität und Segmentierung der Muskulatur sind bei Zustand intensiver Erregung

„machtlos, die entstehenden Gefühle einzudämmen, das muskuläre System und die Haut wird überwältigt. Sowie die Ausdrucksmöglichkeiten fehlen, ist andererseits die Depersonalisation im Zustand von Psychose einem Versagen des aggressiven Triebes, die Ladung halten zu können, zuzuschreiben. Hier findet kein Fließen statt, sondern der Zusammenbruch der normalen Grenzen." (*Lowen*, 1969, S. 346, übersetzt.)

Es ist zu einer Spaltung zwischen Aggression und Eros gekommen.

„Diese Abtrennung entsteht durch eine Blockierung der Bahn der aggressiven Impulse, welche sie vom Bewußtsein abhält ... Wie klinische Beobachtungen gezeigt haben, findet man diesen Block im Bereich der tiefen Muskulatur an der Schädelbasis (Fig. 12). Im Zustand der Psychose ist dieser Block so mächtig, daß er für aggressive Impulse, die das Gehirn erreichen, wenig durchlässig ist. Durchtretende Impulse erreichen nur die subkortikalen Zentren. Die Zentren des Bewußtseins in der Hirnrinde werden nicht erreicht. Gelegentlich ist die Ladung im Bereich auch der subkortikalen Zentren so reduziert, daß die vitalen Aktivitäten wie Essen z. B. zu einem Minimum reduziert sind (Negativismus im Verhalten des Psychotikers). Andererseits, im paranoiden Bild der Schizophrenie, ist die Impulsformation stark und aktiv. Wenn die Energie dieses starken aggressiven Impulses den Block an der Schädelbasis trifft, wird sie abgelenkt, der meiste Teil der Energie nach rückwärts, ein Teil durch die Ohren und gelegentlich ein Teil auch durch die Augen. Letzteres ist die Projektion, die für die visuelle Halluzination zuständig ist. ... Wird die Energie des Impulses nach rückwärts gelenkt, lädt sie das atmosphärische Feld hinter dem Kopf auf. ... Dieser Vorgang erklärt uns, warum sie (die Schizophrenen) das Gefühl haben, es geschieht etwas hinter ihrem Rücken oder jemand schaut sie von hinten her an und verfolgt sie.

Diesem Block an der Schädelbasis entsprechend tritt ein Block an der Verbindungsstelle Lendenwirbelsäule/Kreuzbein. ... Der Trieb, der benötigt wird, die Ladung in den Genitalapparat zu bringen, wird nach außen gelenkt ... So entsteht Projektion im Beckenblock, wie er im Nackenblock entsteht. Die Wahrnehmung wird wieder hinter die Person verlegt. Die Interpretation hat hier häufig eine sexuelle Bedeutung. ... Dieser Mechanismus erklärt die Angst vor homosexuellen Attacken beim männlichen Psychotiker." (*Lowen*, 1969, S. 353/354, übersetzt.)

Wenn auch die Unterschiede zwischen schizophrener Persönlichkeit und schizoider Persönlichkeit graduell sind, könnte man sinnvollerweise auch von einem schizophrenen Charakter sprechen. Entsprechend der Dynamik der Abwehr gilt das bei der schizoiden Struktur Gesagte. Hier wie dort handelt es sich um eine Abwehr von Terror.

Dieser Terror bildet die Grundlage der wie gefroren wirkenden Unbehaglichkeit des katatonen Stupors, der Raserei katatoner Erregtheitszustände, der Wahnvorstellungen der Paranoia und der Resignation der Hebephrenie. Regressiv kehrt der Schizophrene zurück in den Mutterleib. Das unterscheidet ihn vom oralen Charakter, der zum Baby an der Brust zurückkehrt.

5.2.2 Die orale Charakterstruktur: Der unfüllbare Organismus (13)

Das Erscheinungsbild von Personen mit überwiegend oraler Struktur ist folgendermaßen gekennzeichnet:

Meistens hoch aufgeschossen, jedoch auch klein und zierlich. Die eher kleinen Hände und Füße wirken fast wie unreif. Das Fußgewölbe ist häufig abgesunken, was zusammen mit den geschlossen gehaltenen, durchgedrückten Knien zu einer X-Bein-Haltung führt. Die langen Extremitäten sind in ihren peripheren Bereichen deutlich schlechter

durchblutet, entsprechend stark verspannter Muskulatur eben dort und im Bereich des Schultergürtels und des Beckens. Die Muskulatur ist insgesamt wenig stark ausgeprägt, eher schlaff-unelastisch. Die Beine wirken wie Stelzen, darauf sitzt der Körper in Form eines Fragezeichens. Vor allem imponiert ein Kollaps im Bereich der oberen Thorax-Apertur, verstärkt noch durch das nach-vorne-abgesunkensein der Schultern. Das Sternum ist gelegentlich tiefliegend und eingesunken. Bewegliche Augen, beweglicher Geist und bewegliche Sprache sind häufig anzutreffen und nehmen gemeinsam mit einem lässig erscheinenden Understatement leicht für eine Persönlichkeit oraler Struktur ein.

Die Basis für die Struktur wird durch Deprivation im Alter der ersten neun Lebensmonate gelegt, in der Weise, daß die Mutter nicht zum benötigten und erwünschten Kontakt, vor allem für das Stillen, zur Verfügung steht. Die Ausbildung einer ersten energetischen Ausrichtung im Sinn des Realitätsprinzips unterbleibt. Entsprechend der Grundaussage des Säuglings: „Ich brauche" kommt es bei Enttäuschung zum Rückzug und, entsprechend der Stärke des Bedürfnisses, zu immer neuen Kontaktversuchen. In diesem Konflikt zwischen Ausgreifen und Rückzug kommt es zur typischen Haltung der oralen Struktur, zum *an sich Halten.*

Fixiert auf diese grundlegende Frustration der ersten Monate bleibt die orale Struktur immer unerfüllt wie ein leerer Sack. Ein reaktives Streben nach möglichst schneller Unabhängigkeit scheint die Voraussetzung für das große Längenwachstum ebenso zu sein wie für die oft beschriebene, vor allem geistige Frühreife.

Unter entsprechendem Streß, wenn andere Personen, die sozusagen nährend zur Verfügung genommen werden, nicht mehr zur Verfügung stehen, kommt es schnell zum Kollaps der Illusion, unabhängig zu sein. Aus den Wolken zurückgekehrt, die illusionär den Blick für die Realität vernebeln (das wird oft durch Toxikomanie unterstützt), wird die Struktur mit ihrer Bedürftigkeit konfrontiert. Entsprechend der Illusion: „Ich habe dich immer zur Verfügung" wird die Erwartung genährt, andere Personen seien für das eigene Wohlbefinden verantwortlich.

Bioenergetisch gesehen ist der Organismus der oralen Charakterstruktur zu wenig aufgeladen. Die Energie reicht aus, die vitalen Funktionen aufrecht zu erhalten, aber nicht, das muskuläre System voll zu laden. Die Energie erreicht die Körperoberfläche, es kommt jedoch nicht zu einer ausreichenden Entladung, der Energiefluß ist eher kopfwärts gerichtet, entsprechend dem Energiestrom beim Säugling.

5.2.2.1 Bioenergetische Aspekte der Depression

Was den Depressiven auszeichnet, ist seine Unfähigkeit zu antworten, auch im erweiterten Sinn, gefühlsmäßig zu antworten, mitzuschwingen.

„Lassen Sie mich eine Person mit einer Violine vergleichen. Wenn die Saiten richtig gespannt und gestimmt sind, vibrieren sie und entlassen den Ton. Man kann auf ihnen dann eine traurige oder lustige Melodie spielen, eine Klage oder eine Ode an die Freude. Sind die Saiten falsch gestimmt, ist das Ergebnis Mißklang. Wenn sie locker und ohne Spannung sind, dann wird es überhaupt keinen Klang geben. Das Instrument wird tot sein, unfähig zu antworten. Das ist die Bedingung der depressiven Person." (*Lowen*, 1972, S. 18, übersetzt.)

In Bezug auf das oben Gesagte über den energetischen Zustand der oralen Struktur, die wiederum ihre Grundlage in der oralen Frustration findet, macht dieser Vergleich Sinn. Was depressive Personen immer wieder mitteilen, ist die Unfähigkeit, sich zu freuen, sich-wie-tot-fühlen und energielos zu sein. Im Zustand der Depression sind alle Gefühle vollständig unterdrückt, wobei weder das Unterdrücken noch die Gefühle bewußtseinsfähig sind. Dies gelingt in Regression auf die Fixierung der oralen Stufe, wobei in der Reihenfolge das Weinen, bzw. das Heulen, die Negativität, der Trotz, die Wut bis zu dem sexuellen Gefühl der Unterdrückung anheimfallen. Vor allem diese Schicht aus Negativität und Trotz, die sich zu einer bestimmten Einstellung zum Leben verbindet, ist für die Suizidalität des Depressiven verantwortlich.

Was hier in Kürze über Schizophrenie und Depression ausgesagt wird, möchte vor allem den bioenergetischen Ansatz verdeutlichen. Es wird auffallen, wie merkwürdig antiquiert die Bezeichnung Geisteskrankheiten in Bezug auf die umfassende Störung der Emotionalität und damit der Lebendigkeit der betroffenen Personen wirkt, und welche unzureichende Ausgangsbasis dieser Begriff bietet, sich therapeutisch derart betroffenen Personen zu nähern. Es ist anzunehmen, daß Erkrankungen wie Anorexia nervosa, Colitis ulcerosa sowie auch die Krebserkrankung in diesem Bereich anzusiedeln sind.

5.2.3 Die psychopathische Struktur:
Die deplazierte Mitte (13)

Vom Verhalten her ist die psychopathische Struktur durch fundamentales Nicht-Beachten des Gegenüber gekennzeichnet. Eine typische Widerstandsäußerung aus der psychopathischen Struktur heraus: Ich hatte die Patientin, nachdem über längere Zeit die Entwicklung in der Therapie stagnierte, mit etwas kritischem Unterton darauf hingewie-

sen, daß sie sich offenbar mehr an die Regel, möglichst nichts mitzuteilen, halte, als an die vereinbarte Regel, möglichst alles mitzuteilen. In für sie typischer Weise wurde diese Deutung anscheinend ignoriert, gegen Ende der Sitzung beklagte sie sich bei mir, daß sie dadurch, daß sie in der Sitzung immer alles mitteile, auch schon im Alltag in Schwierigkeiten komme. Diese Beobachtung läßt sich bei psychopathischen Strukturen immer wieder machen, es wird versucht, die Funktion (des Therapeuten) zu ignorieren bzw. auch auszuschalten. Dabei reicht die Palette vom Freundschaftsangebot bis zum Boykott (evtl. auch zum Suizid). Hinter diesem Manöver wird die Anstrengung deutlich, die wirkliche Person (des Vaters, der Mutter) zu erreichen, die für das Kind hinter der Maske der Funktion verborgen geblieben ist und aus der Funktion heraus manipulativ-verführerisch tätig geworden ist.

Das Manöver, das dem Kind ermöglicht, mit dem gegen seine eigenen Bedürfnisse gerichteten Verhalten der Eltern umzugehen, ohne dabei isoliert und depriviert zu werden, ist die Umkehr der Rollen.

„Die Abtrennung sexueller Gefühle, nicht unbedingt genitaler, und Konzentration des Energieflusses nach oben in den Kopf und das Ableugnen von Gefühlen, stellen den ersten Schritt im Abwehrprozeß dar. Sollte es dabei bleiben, würde das Kind sich isoliert finden, seiner lebendigen Verbindung zu den Eltern beraubt. ... Um diese Beziehung aufrechterhalten zu können, können zwei Wege eingeschlagen werden, einmal, sich dem verführerischen Elternteil zu unterwerfen, ... oder es zu dominieren. Der echte Psychopath folgt dem letzteren Weg. ... Er verspricht, das ideale Kind zu sein, Vaters oder Mutters Liebling zu sein, um dann den jeweiligen Elternteil zu enttäuschen. Natürlich, sobald der Elternteil enttäuscht ist, gibt er ein neues Versprechen, das aufgrund der vorangegangenen Enttäuschungen noch mehr als Köder wirkt. Indem es so durch Versprechen wie durch Drohung der Enttäuschung den jeweiligen Elternteil in Schach hält, kann es praktisch alles aus ihm herauspressen. Es hat ihn in seiner Macht." (*Lowen*, 1975, S. 8/9, übersetzt.)

Entsprechend dem überwiegenden Aufwärtsgerichtet-Sein der Impulse — Dominieren, Kontrollieren — liegt der Schwerpunkt der Person im Bereich der oberen Körperhälfte, die kräftig entwickelt, zum Teil aufgebläht wirkt (Bodybuilder), wobei die Augen durch machtvoll zugreifenden und verführerischen Ausdruck eine besondere Wirkung ausüben, die durch das Nach-vorne-Halten des Kopfes noch verstärkt wird. Letztere Haltung, verbunden mit einem sehr starken Muskelblock an der Schädelbasis, ermöglichen das Abtrennen der Gefühle. Von der Taille abwärts ist diese Struktur sehr stark kontrahiert, das Becken schmal, die Beine sind durchgestreckt gehalten, der Kontakt zum Boden ist gering (als würde auf den Zehen gestanden werden, ein häufiger Eindruck bei dieser Struktur). Der Typ der engelhaften Frau zeigt dieses nach oben Davonschweben besonders gut. Hier wird das Grundmuster der psychopathischen Struktur, das *Sich-Hochhalten*, besonders deutlich.

In der Tendenz, die Energie nach oben zu bringen, sowie in der Tendenz abzutrennen, erinnert die psychopathische Struktur an die schizoide wie an die orale Struktur. Die Basis für die psychopathische Struktur wird um die Zeit vom 6. Lebensmonat bis 15. Lebensmonat hergestellt, die Möglichkeiten des Kindes hängen naturgemäß davon ab, wie es in diese Entwicklungsphase eintritt, welche Fixierungen an die vorangegangenen Phasen bestehen.

Der rein psychopathische Charakter wird praktisch in der Therapie nicht gesehen. Wir begegnen ihm bei Personen, die sich in der Machthierarchie eine Funktion angeeignet haben. Sei es der liberal erscheinende Vater, der sagt: „Du kannst tun, was du willst" und meint, ohne es zu sagen, „wenn du tust, was ich will", seien es die Personen in den Institutionen, die sich von Sachzwängen leiten lassen, und sei ein solcher nur die Zeit: „Es ist zwölf Uhr, der Schalter ist geschlossen." Emotionslos einen Plan verfolgen zu können, d. h. speziell in dieser Hinsicht sich unmenschlich zu verhalten, ist Fähigkeit des kleinen Verbrechers ebenso wie die Fähigkeit des Organisators, der hilft, Minderheiten oder ganze Völker in der Berufung auf eine höhere Staatsräson auszurotten.

Die bioenergetische Analyse führt diese Personen nicht unter einer Charakterbezeichnung, wie *Reich* es mit Bezeichnungen wie emotionale Pest und *Baker* mit der Bezeichnung soziopolitische Charaktere tun.

5.2.4 Die masochistische Struktur: Unter Druck setzen und zusammensinken (13)

Vom Aspekt her wirken Personen dieser Struktur in der Regel kräftig und gedrungen, was nicht heißt, daß sie klein sein müssen. Am stärksten beeindruckt das Überladensein mit Muskulatur, besonders im Nacken-Rückenbereich. Es entsteht der Eindruck eines massigen Rumpfes. Der Kopf ist auf einem eingezogenen Hals nach vorne gehalten, das Becken nach vorne gezogen und nach rückwärts gekippt, „wie mit eingezogenem Schwanz". In der Regel sind auch die Arme und Beine mit kräftigen Muskeln ausgestattet, die Beine weisen auf der Rückseite schwere muskuläre Spannungen auf, die Knie können bei vornübergebeugter Haltung nicht durchgestreckt werden. Fettdepots im Becken- und Oberschenkelbereich gehören zum Bild ebenso wie eher dunkel gefärbte Haut. An beiden Enden des Rumpfes sind enorme muskuläre Verspannungsbereiche, nach oben am Halsansatz, Halsmuskulatur, Schädelbasis, nach unten im lumbosakralen Übergangsbereich sowie im Beckenboden. Es wird ein hoher Energiebetrag festge-

halten, die Struktur ist voll bis zum Platzen. Dem entspricht auch ein hoher Grad von Angst, die Angst zu platzen. Bedingt durch die starken Verspannungen an beiden Enden sind die Äußerungen behindert, die Stimme kommt wie gequetscht zutage, bekommt einen dauernden jammerigen Unterton, der Augenausdruck ist weich, häufig wird er mit einem feuchten Hundeblick verglichen. Die Ausscheidungsfunktionen sind häufig im Sinne einer Obstipation und Blasenentleerungsstörung verändert. Häufig besteht erektive Impotenz.

Energetisch-dynamisch ergibt sich folgendes Bild in der Struktur (siehe auch Fig. 13):

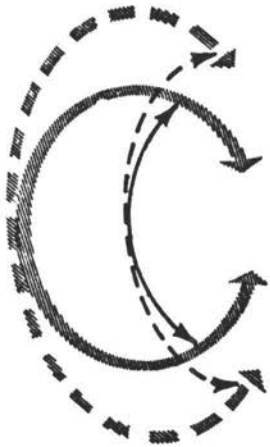


Abb. 13

Abb. aus: *A. Lowen*, Körperausdruck und Persönlichkeit, Kösel Verlag 1981.

„Bei der masochistischen Struktur ist der Aggressionstrieb nach innen gebogen, als hätte eine riesige Greifzange an beiden Körperenden angesetzt. Als Ergebnis sind die zärtlichen Gefühle zwischen den Armen der Aggression zusammengepreßt. Eros, im Diagramm durch die einfache Linie repräsentiert, versucht, sich aus dieser Umarmung zu befreien, der Versuch mißlingt und ein Kollaps ist die Folge." (*Lowen*, 1978, S. 213), übersetzt.)

Es wird hier besonders deutlich, wie die beiden Triebe, Eros und Aggressionstrieb, in eine antagonistische Wirkungsweise geraten und sich damit gegenseitig blockieren. In keiner Charakterstruktur wird der Ambivalenzkonflikt so deutlich.

„Seine (des Masochisten) zärtlichen Gefühle sind aufgerufen, seine Aggression abzublocken, die abgeblockte Aggression ihrerseits verhindert den Ausdruck von Zärtlichkeit." (*Lowen*, 1978, S. 214, übersetzt.)

Die Struktur hat ihre Basis im Alter von ein bis drei Jahren. Der wirksame Mechanismus ist Unterdrückung, und zwar Unterdrückung der heranreifenden Ich-Funktionen des Kindes auf der Basis: Mutter weiß am besten, was gut für dich ist. Unter dem bewußten Regime der Mutter, das Beste für das Kind zu wollen, wird es im wahrsten Sinn des Wortes vergewaltigt, einerseits wird es mit Essen vollgestopft, andererseits wird über eine intensive Kontrolle der Ausscheidungsfunktionen mittels Uhr, Klistier und Abführmitteln in den intimen Persönlichkeitsbereich des Kindes eingegriffen. Daß das Kind seine wahre Natur dermaßen verleugnen lernt und sich diesem Regime unterwirft, wird am wenigsten durch Gewalt erreicht; vielmehr wird das Kind über einen Appell an seine Zuneigung zur Mutter für das Wohlbefinden der Mutter verantwortlich gemacht und gleichzeitig dafür, daß die Mutter eine gute Mutter sei. Daher muß die gewaltige Wut, die im Zusammenhang mit dieser Vergewaltigung entsteht — man versuche einmal, einem nicht-domestizierten Tier Nahrung einzuflößen gegen seinen Willen —, genauso unterdrückt werden wie der Ausdruck von Liebe, der von der Mutter immer wieder mit Maßnahmen statt mit Gegenliebe beantwortet wird.

In diesem Prozeß entwickelt sich die typische Grundhaltung der masochistischen Struktur: *das Drinnenhalten* (gegen Erbrechen, gegen Darmentleerung, gegen Personen). Das Grundbedürfnis nach Ablehnung, das in diesem Zusammenhang entsteht, wird von der Haltung unterwürfiger Folgsamkeit überdeckt.

Die Person mit masochistischer Struktur

„hat Angst vor unfreiwilliger Entladung (ob durch den Mund, über die Fäuste, durch den Anus, über das Genitale — auch starke Kastrationsängste spielen eine große Rolle) und handelt so, daß diese kontrolliert wird. Diese Kontrolle reduziert die Lustempfindung auf einen Punkt, wo sie unbefriedigend ist. Das Anwachsen des Verlangens treibt sie (die Person) dazu, mehr genitale Befriedigung zu finden. Zusammen mit dem Verlangen wächst die Erregung, zusammen mit der Erregung wächst die Haltung, das Drinnenhalten. Das ist der Circulus vitiosus, in dem der Masochist gefangen ist." (*Lowen*, 1978, S. 217, übersetzt.)

Es entsteht das, was man als den masochistischen Sumpf bezeichnet. Das Auftreten dieser inneren Erregung auf die beschriebenen Verspannungen an beiden Körperenden erzeugt die große Angst des Masochisten. In diesem Punkt wird deutlich, wie das Geschlagenwerden, die Schlagephantasien genutzt werden, durch eine zusätzliche Spannung zur relativen Entladung zu kommen. Modellhaft dafür ist das Kind, das, unter starkem inneren Druck stehend, so lange „Unruhe stiftet", bis ein Elternteil mit Schlägen reagiert. *Das dadurch ermöglichte Heulen und Weinen schafft die wirkliche Entspannung, nicht die Schläge.*

Nach demselben Prinzip bewirkt das Austeilen von Schlägen im Ritual der sado-masochistischen Szene im Bereich der Erwachsenen-Sexualität (teilweise) sexuelle Entspannung.

Erkrankungen, die sich in der Nähe dieser Struktur entwickeln: Die folgende Aufzählung hat den Wert einer Annahme: Kopfschmerzen, Migräne, arterielle Hypertonie, Stoffwechselstörungen, Venopathien, Haemorrhoiden, evtl. Rektum-Carcinom, Zystopathien, Nierensteinbildungen, Lungenembolie.

5.2.5 Die rigide Charakterstruktur: Die rigide Panzerung (13)

Bei der rigiden Charakterstruktur ist die Persönlichkeit in der Realität und in der Genitalität gegründet. Sie wird daher von der Definition her den bisher beschriebenen prägenitalen Charakterstrukturen als genitale Struktur gegenübergestellt. Sie steht insofern auch ganz anders da, was nicht heißen muß, daß es nicht auch im Bereich der rigiden Charaktere zu schweren und schwersten Störungen kommen kann.

Das gemeinsame Merkmal ist das Vorliegen einer Charakterpanzerung. Unter diesem Gesichtspunkt bioenergetischer Annäherung sind so verschieden wirkende Charaktere wie der hysterische, der phallisch-narzistische und der Zwangscharakter unter dieser Bezeichnung vereint, wobei die Bezeichnung „hysterisch" auf den Typ der weiblichen rigiden Struktur, die Bezeichnung „phallisch-narzistisch" auf die Entwicklung der männlich-rigiden Struktur angewandt wird.

Die Anordnung der Verspannungsmuster läßt Raum für Beweglichkeit und Aggression, sowohl im sozialen Erfolgsstreben als auch auf genitaler Ebene. Die Bezeichnung Charakterpanzer sollte auch weniger mit dem geharnischten Ritter assoziiert werden denn mit dem Siegfried der Sage. Im Erfolgs- und Leistungsstreben werden Niederlagen nicht einkalkuliert, innerhalb von Leistung, sei es um Frauen oder Positionen zu erobern oder Männer oder Positionen zu erobern, fühlt sich die rigide Struktur sicher. Verletztlich ist sie im Bereich der herzlichen Gefühle, *die rigide Struktur schützt ihr Herz.* Um hier nicht in Schwierigkeiten zu kommen, übt die rigide Struktur in persönlichen Beziehungen Zurückhaltung. Sexuelle Attraktivität, verbunden mit aggressiver Beweglichkeit, macht es leicht, Partner zu finden, wobei der Kontakt jedoch auf die Leistungsebene beschränkt bleibt: Die Bestätigung der eigenen Attraktivität und der sexuellen Potenz hat Vorrang vor Austausch und lustvoller Entspannung. Es besteht erektive Potenz statt orgastischer Potenz. So gesehen hat die rigide Struktur immer mit einem Zuviel an Energie zu tun.

Die Basis für die Struktur wird im dritten bis sechsten Lebensjahr gelegt, die Störung entsteht während der genitalen Annäherung an die entsprechende Elternfigur, die Verletzung liegt in der Zurückweisung aufgrund des offensichtlich erotisch-genital gefärbten Verhaltens des Kindes durch den Vater bzw. die Mutter. Da das Kind zu diesem Zeitpunkt Liebe und Sexualität noch nicht getrennt hat, wird die Zurückweisung auf der Ebene der ganzen kindlichen Persönlichkeit erlebt und entsprechend mißverstanden. Zusätzlich traumatisch wirkt sich restriktives Verhalten gegenüber Äußerungen der kindlichen Sexualität mit entsprechenden Masturbationsverboten und Kastrationsdrohungen aus; Kastrationsangst spielt immer eine Rolle.

Das Kind reagiert durch ein sich-Grademachen, sich-Steifmachen, durch ein oberflächliches Verspannen sämtlicher Körpermuskeln, auch und gerade denen der Körpervorderseite. Die Schwere der sich ausbildenden Störung hängt ab, wie tief dieses Steifwerden der Muskulatur in das Körperinnere sich fortsetzt, entsprechend, wie die Bewegungsmöglichkeit und Entladungsmöglichkeit reduziert wird, ein Fortschreiten bis zum Absterben des Organismus ist möglich.

Dieses Aufrichten, zusammen mit der beschriebenen Panzerung, die nicht flächenhaft, sondern sozusagen für jeden Muskel einzeln entsteht, ermöglicht, die beschriebenen Phänomene, einschließlich der häufigen Symptome der Struktur, wie Frigidität, Ejaculatio praecox, Enuresis nocturna bioenergetisch zu erklären:

Genitale und Stirn (siehe Realitätsprinzip) werden durch die Aufrichtung dem Energieprozeß etwas entzogen, die Containerfunktion von Kopf und Becken wird durch die Panzerung eingeengt. Es kommt z. B. zu einer Energetisierung der Peniswurzel eher denn des gesamten Penis, des Dammes, sogar des Analbereiches, eher denn des Genitalbereiches. Im Bereich des Kopfes kommt es zu einer besonderen Energetisierung des Stirnlappens, was in Verbindung mit Zwangsvorstellungen eine Rolle spielt. Dieser Prozeß der Verlagerung energetisierter Zonen läßt die Entwicklung vom Phallisch-Narzistischen bis hin zum Zwangscharakter mit seinen „analen" Charakterzügen verständlich werden.

Mögliche Erkrankungen im Zusammenhang mit dieser Struktur sind Herzerkrankungen, vor allem Herzinfarkt, und Obstipation (beim Zwangscharakter).

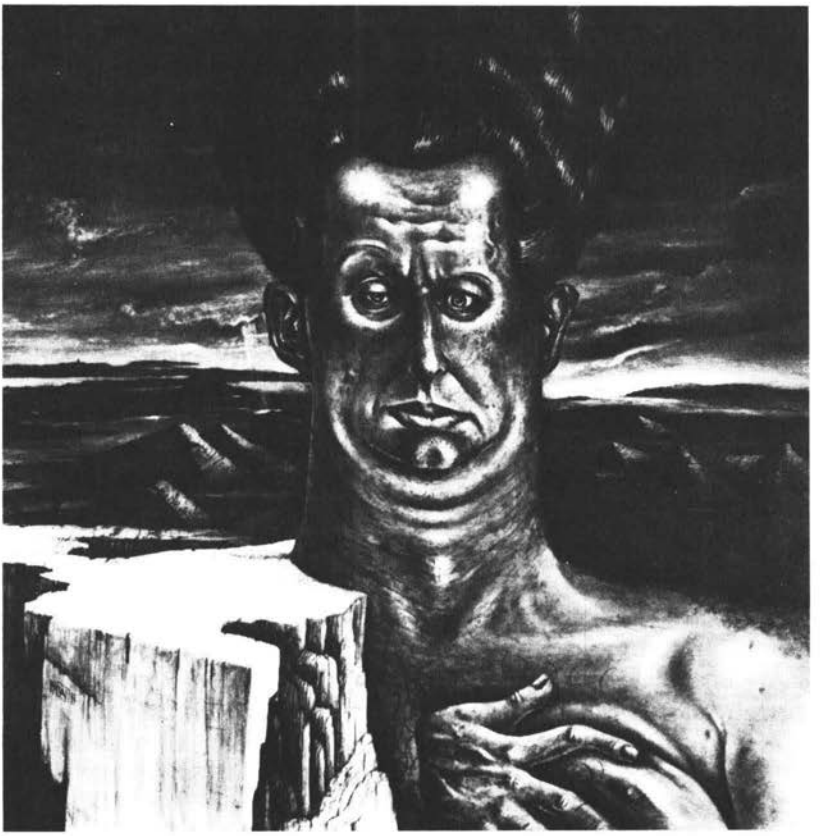
5.3 Diagnose der bioenergetischen Analyse

Sie steht am Anfang, bleibt jedoch am Anfang nicht stehen. Sie ereignet sich in jeder Sitzung neu und steht im Bezug zur Therapie in der

Weise, daß man am besten von Theragnose sprechen sollte (15). Das Ziel der Diagnose ist, den Patienten einer der Kategorien zuzuordnen, die die fünf unterschiedlichen Charakterstrukturen anbieten. Da es sich in der Regel immer um Mischungen aus den verschiedensten Strukturen handelt, wird man sich auf die dominante Struktur festlegen. Das kann so aussehen: Rigide Struktur mit deutlichen masochistischen Anteilen, orale Züge erkennbar. Zur Diagnose gelangt man auf dem Weg der exakten biographischen Anamnese, der Beschreibung der aktuellen Lebenssituation des Patienten, der Beobachtung des aktuellen Verhaltens, der Äußerungen des Unbewußten über Versprecher, Träume etc. und über genaues Lesen des Körpers, möglichst ohne Kleidung, in den drei Grundhaltungen Stehen, Liegen, Sitzen, in Bewegung und in Streßpositionen. Der Therapeut ist dabei in einem Zustand besonderer Aufmerksamkeit, der ihm die eigenen Reaktionen auf den Patienten nicht entgehen läßt. Durch das sogen. Spiegeln, einer Imitation der Haltung des Patienten, läßt sich das Ergebnis dieser beobachtenden Haltung noch verstärken. Genauso ist es möglich, die Haltung des Patienten in der Phantasie oder auch real im Sinne einer Karikatur zu verstärken. Hier wird bereits deutlich, daß derartige diagnostische Eingriffe gleichzeitig therapeutischer Art sind, soweit im weiteren Verlauf der Therapie jegliche Intervention des Therapeuten diagnostischen Wert hat, also theragnostischer Natur ist. Die diagnostische Auseinandersetzung mit dem Patienten in Form dieses (erweiterten) Körperlesens ist die Basis der Diagnostik. *Lowen* sagt: „Der Körper lügt nicht." Am besten darf ich einen Fall vorstellen, der uns ein Wochenende beschäftigt hat, der Fall des Marquis de S.: (siehe Bild)

Bevor ich anhand des Protokolls dieses klinischen Tages auf die bioenergetisch relevanten Ergebnisse eingehe, nehmen Sie sich als Leser vielleicht einige Minuten Zeit, sich das Bild meditativ-assoziativ zu betrachten und die eigenen Reaktionen, die Atmung z. B., zu beachten.

Die ersten Reaktionen bezogen sich auf die starre Haltung, den deutlich erkennbaren Spannungsring um den Hals, die Blockaden, insbesondere die durch den Künstler dargestellte der rechten Schulter. Der Versuch, den Stauungsring am oberen Halsende einer entsprechenden Anatomie zuzuordnen, führt über die Verbindungen der örtlichen Muskulatur (obere Zungenbein- und Mundbodenmuskulatur, seitliche Anteile der Halsmuskulatur) mit der funktionell dazugehörigen Umgebung zu einer funktionellen Betrachtungsweise, die sich auf die Haltung bezieht. Beim Spiegeln wird folgendes deutlich: Die Starrheit macht dynamische Bewegungen unmöglich. Ein längeres Einhalten die-



ser Haltung führt zu einem Gefühl des Platzens (masochistische Strukturanteile). Bewegungen sind möglich im Bereich der Lippen und des rechten Augenlides, der linken Hand. Dabei wirken beide Augen wie gewaltsam geöffnet, das linke zeigt den Ausdruck schrecklicher Angst, das rechte von Übermüdung, gleichzeitig mit dem Ausdruck von Verachtung, Arroganz, Überlegenheit (schizoide Strukturanteile). In dem Zusammenhang wird das *Horner*sche Syndrom erwähnt, das z. B. durch Lähmung der im Hals aufsteigenden Nervenbahn, z. B. durch einen Tumor, entsteht (unwillkürlich assoziiert man die Begriffe Blockierung, Absterben, Materialisieren und Tumor, Krebs mit der Krebstheorie von Wilhelm *Reich).* Die Einheit lähmende Müdigkeit gegen entsetztes Aufreißen wird nochmal von der linken Hand wiederholt, die offenbar versucht, die Panzerung der Brust aufzureißen. Beim

Spiegeln wird Einigkeit darüber hergestellt, daß die Handbewegung, die ja ihrerseits wieder typisch blockiert ist, das Wegschmieren einer Last, eines beengenden, klebrigen Films von der Brust bedeutet. Die Haltung ist typisch bei Angina pectoris oder drohendem Herzinfarkt (rigide Strukturanteile). Ein weiterer Aspekt, der Aspekt des Brust-Reichens, zusammen mit einem Zug von Introvertiertheit, Weichheit und meditativer Versenkung im Bereich des rechten Auges, zusammen mit der Weichheit der Frauenhaare führt zum Bereich oraler Phantasien und Illusionen, der Sehnsucht nach dem verlorenen Paradies. Die Haare, die sich machtvoll-dynamisch nach oben bewegen, ziehen die Aufmerksamkeit auf einen weiteren Zug des Marquis, den Zug nach oben, der noch durch den langaufstrebenden Hals, die Betonung der hohen Stirn, die Bedeutung eines nach oben hin Überragens, im Ausdruck des linken Auges sich findenden Kontrollierens mit Hilfe einer kalten Intelligenz, bekommt (psychopathischer Anteil). Wer die Pyramiden überragt ... Vollendet man in der Vorstellung das Bild, um sich die gesamte Person herzustellen, wird deutlich, daß hier der Schwerpunkt der Person tatsächlich nach oben gerutscht ist, daß sie ihre Mitte verloren hat. Man wird auch durch Spiegeln feststellen können, daß die Möglichkeit des Atmens das Atemmuster des Asthmatikers ergeben (Brustkorb in Inspirationsstellung fixiert, Atmung möglich durch Anhebung des Brustbeins und hauptsächlich durch Ausgleich der Brustkyphose der Wirbelsäule). Vielleicht kann sich zu Ende dieser kurzen Demonstration der Leser mit der Frage beschäftigen, was passiert, wenn diese Struktur in Bewegung kommt.

5.4

Ziel der bioenergetischen Analyse ist es, das Ich des Patienten mit seinem Charakter zu versöhnen — in der Regel bedeutet das auch einen versöhnlichen Abschied von den wichtigen und geliebten Personen der Kindheit, meistens den Eltern — und ihm die lustvollen Möglichkeiten der körperlichen Existenz zu vermitteln. Die therapeutische Arbeit beinhaltet die Arbeit an der Charakterstruktur mit Freisetzen und Erfahren der darin festgehaltenen Emotionen, die historische Zuordnung und Aufarbeitung dieser Emotionen zusammen mit den freiwerdenden Erinnerungen durch die Analyse und die Integration dieses Entwicklungsprozesses in die Realität des Hier und Jetzt durch das grounding und *die Deutung von Übertragung und Widerstand.*

6. Behandlungsmethodik

6.1 Das spezifische Behandlungskonzept im Vergleich

mit anderen Therapieformen ist die Charakteranalyse, noch exakter die Charakteranalyse an und mit dem Körper, unter Beachtung und Nutzung von Widerstand und Übertragung.

6.2

Die therapeutische Beziehung beginnt da, wo — unter entsprechenden Vereinbarungen — einer Person ermöglicht wird, auf das Ziel Gesundheit hin in Bewegung zu kommen. Diese Vereinbarung betrifft die Funktionsverteilungen und die genaue Definition der Arbeitsbedingungen (Ort, Zeit, Geld, analytische Regel, Sonderverträge). In der bioenergetischen Analyse umfaßt dieser Vertrag auch die Nutzung der verschiedenen Distanzbereiche bei der Arbeit, Einsatz und Gebrauch aller Sinnesorgane einschließlich der Berührung bei der Arbeit und Hinweise auf erweiterte Interventionsmöglichkeiten auf der Körperebene an den Patienten (27). Die Funktion des Therapeuten ist dabei auf seine eigene Selbsterfahrung, eigene Analyse, seine Ausbildung und sein Fachwissen sowie Arbeitsbündnis und Arbeitsvertrag und die Möglichkeit der Gegenübertragung gegründet (27). Arbeitsbündnis und Arbeitsvertrag sind dabei die einzigen sicheren Fixpunkte innerhalb der sich entwickelnden Beziehung, in der alle weiteren Variablen dem theragnostischen Prozeß unterliegen.

Die therapeutische Beziehung macht folgende Entwicklungsstadien durch: Diagnose (Körperlesen), Einlassen (Übertragen, grounding), Durcharbeiten (Charakteranalyse und Widerstandsarbeit), Loslassen (Abschluß der Übertragungs- und der Grounding-Arbeit) (27).

In diesem Prozeß sind, um seine Funktionen optimal auszufüllen, vom bioenergetischen Therapeuten folgende Eigenschaften zu fordern:
— Die Fähigkeit, Widerstände zu erkennen und zu bearbeiten (Widerstandsanalyse).
— Die positive wie auch die negative Übertragung zu ermöglichen und durchzuarbeiten.
— Seine Charakterstruktur und die der Klienten zu erkennen, zu verstehen und zu akzeptieren.
— Körperlesen im Dienste der Klienten einzusetzen.
— Interventionstechniken auf der geistigen, körperlichen und umweltlichen Ebene bewußt und zielgerecht einzusetzen.
— Seinen Körper zu spüren und bei Sinnen zu sein.

— Überraschungen zu ertragen und Überraschungen für den Klienten in den Entwicklungsprozeß einzubauen.
— Sein bioenergetisch-analytisches Tun durchschaubar zu machen (27).

Aus der Position der beschriebenen Funktion tritt der Therapeut mit seiner Charakterstruktur der Charakterstruktur des Patienten gegenüber. Im Rahmen der o. a. Variablen ist der Therapeut in der Lage, dem Patienten einen Schritt voraus oder auch hinterher zu sein. Aufgrund seines Wissens um die Charakterstrukturen hat er den Vorteil, das jeweils ganze Bild zu kennen oder annähernd zu kennen, an dessen Zusammensetzung aus vielen Bruchstücken der einzelnen Erfahrungen innerhalb der Therapie er dem Patienten hilft.

6.3

Innerhalb der dauernd sich ändernden Abwehrstrukturen, also körperlichen und psychischen Haltungen, ist für Therapeuten wie für Patienten das grounding die Möglichkeit zur Standortbestimmung. Teilbereiche, die beim grounding beachtet werden, sind:

a) die motorischen oder Bewegungsfunktionen
stehen, aufstehen, gehen und mit der Umwelt (Lebewesen, Gegenstände) umgehen

b) die Wahrnehmungsfunktionen
sehen, hören, riechen, schmecken, tasten
der Zusammenhang der Sinneseindrücke mit den Bewegungsfunktionen
die Verbesserung oder das dazu-Stehen beim Verstehen, Wissen und der persönlichen Konzept-Bildung

c) das Ausdrucksvermögen
die eigene Stimme finden oder stimmig mit sich selbst sein
sich vom Kern oder vom Herzen her durch die Panzerung hindurch hinzudrücken an Objekte, an die Umwelt
Ich-Funktionen vom Herzen her nützen.
(27)

6.4

Die beschriebene Behandlungsmethodik ist in dieser Form auf die analytische Einzelbehandlung zugeschnitten.

6.4.1

In der bioenergetisch-analytischen Gruppenarbeit unterscheidet man zwischen fortlaufenden Jahresgruppen, Dauer 1-2 Jahre, etwa 14-

tägig 3 Stunden mit analytischer-körperbezogener Arbeit. Dabei wird der Gruppenprozeß mitbeachtet und mitgenutzt. Einzelarbeit innerhalb einer Gruppe ist noch keine Gruppentherapie.

In der periodisch festgelegten Gruppenarbeit, der sogen. Workshop-Arbeit, ist aufgrund der begrenzten Zeitdauer das Thema mehr zentriert. Der Schwerpunkt der Arbeit liegt beim Wiedervertrautwerden mit dem eigenen Körper mit Hilfe von Angeboten, die helfen, das Atmen zu intensivieren und die Mobilität zu steigern, sowie Gefühle und Verhaltensweisen bewußt körperlich zu spüren und das Energiefeld einer Gruppe zu nutzen (27).

Eine Form des setting, die nicht unbedingt mehr der therapeutischen Beziehung angehört, sich jedoch aus ihr heraus entwickelt, ist die Möglichkeit der bioenergetischen Exercises, die den Patienten in die Lage versetzen, in der Therapie erfahrene Haltungs- und Bewegungsvorgänge in Form von Übungen für sich selbst zu nutzen. In der Gruppe existiert diese Form der Arbeitsmöglichkeit als Exercise-group (28).

7. Anwendung

7.1

Der Schwerpunkt der *klinischen Anwendung* der bioenergetischen Analyse liegt im Bereich der Neurosen- und Psychosenbehandlung. Auch daran angrenzende Erkrankungen wie die sogen. psychosomatischen Erkrankungen und die Krebserkrankung werden von bioenergetischen Therapeuten behandelt, letzteres ist eher die Ausnahme.

Das Hauptkontingent der Patienten stellt das Erwachsenenalter, vom Lebensalter her sind nach oben keine Grenzen gesetzt. In der Kinderarbeit ist bioenergetisch orientierter Ansatz in der Weise möglich, daß beginnende Verspannungen der Lösung zugänglich gemacht werden, also als eine im Rahmen kinderpsychotherapeutischer Arbeit einsetzbare Einzeltechnik. Sowohl in der Paar- als auch in der Familientherapie kann natürlich bioenergetisch-analytisch gearbeitet werden.

Kontraindikationen bestehen von seiten der Arbeitsmöglichkeiten her, z. B. setzt ambulante Arbeit beim Patienten entsprechende Kontraktfähigkeit voraus, und hauptsächlich von seiten des Therapeuten her: Eine Methode ist *auch* so gut, wie der Therapeut, der sie anwendet.

7.2 *Nicht-klinische Anwendungsbereiche*

7.2.1

Gerade durch den um den Körper erweiterten Ansatz bietet die bioenergetische Analyse weitestgehende Aussagen zur Aetiologie nicht nur der Neurosen, sondern von Krankheiten überhaupt, bis weit hinein in den Krankheitsbereich, der in den Zuständigkeitsbereich der Schulmedizin fällt. Entsprechend hoch sind auch die krankheits-präventiven Möglichkeiten der Methode anzusetzen.

7.2.2

Das gilt grundsätzlich auch für den soziotherapeutischen Aspekt, soweit mir bekannt, macht die bioenergetische Analyse davon jedoch keinen Gebrauch.

7.2.3

Im Bereich von Bewegungslehre, z. B. bei der Ausbildung von Sport- und Trainingsprogrammen im engeren Sinne sowie in der Pädagogik im weiteren Sinne erweist sich ein bioenergetischer Ansatz theoretisch als sinnvoll.

8. Evaluation und Forschung

Die Ergebnisse der bioenergetischen Arbeit sind in der Weise als wissenschaftlich zu bezeichnen, als sie auf eine Theorie gestützt werden können und als sie reproduzierbar sind. Jede therapeutische Arbeit ermöglicht eine Erweiterung des Wissens, ist also direkt auch Forschung.

Die Schwierigkeit ist derzeit, daß die Hauptbeschäftigung der derzeitigen Generation von bioenergetischen Therapeuten tatsächlich die Arbeit am Patienten ist, von woher sich ein zunehmendes Einzelwissen aus subjektiver Erfahrung ansammelt. Die Kommunikation dieser Einzelerfahrung wird innerhalb der einzelnen Arbeitsgruppen ermöglicht und in Bezug zur bisher fast ausschließlich von *Lowen* gelieferten Theorie gesetzt. Ich darf an dieser Stelle vielleicht anmerken, daß mein persönliches Wissen überwiegend aus der Zusammenarbeit mit meinem Lehrer und Freund Waldefried *Pechtl* sowie den befreundeten Kollegen, Dr. Rainer *Frank* und Dr. Albin *Hofer-Moser,* sowie auch aus der Supervisionsarbeit mit John *Bellis* M. D. und Prof. Dr. Len *Hochman* stammt. Dasselbe gilt natürlich auch für meinen analytischen Lehrer Dr. *Frühmann* sowie meine klinischen Lehrer in der medizini-

schen Ausbildung. Das Lehren und Lernen sowie die therapeutische Arbeit und das Forschen sind, mit anderen Worten gesagt, sehr personenbezogen und bedürfen auf dem Wege zu einem Meta-Standpunkt des Austausches und der Relativierung. Eine weitere Ebene, mit den gewonnenen Erfahrungsdaten umzugehen, ist der Weg in die verschiedenen spezialisierten Fachrichtungen der Medizin, Physiologie, Physik etc., der Weg, den Wilhelm *Reich* bereits gegangen ist, den jedoch heute natürlich niemand mehr in Personalunion gehen kann. In diesem Punkt hatte sich *Reich* ja doch überschätzt. (Siehe seinen Austausch mit *Einstein*).

Auch diese nächste Ebene der Kommunikation zu gehen und das Erfahrene in die Ganzheit der Theorie zurückzuintegrieren, ist die Aufgabe der derzeitigen und wahrscheinlich hauptsächlich der kommenden Generation von bioenergetischen Analytikern.

Literatur

Abraham, K., Zur Charakterbildung auf der genitalen Entwicklungsstufe, 1925, in: Psychoanalytische Studien zur Charakterbildung und andere Schriften, S. Fischer, Frankfurt a. M., 1969

(4) *Aikin, P. A.*, The Participation of Neuromuscular Activity in Perception, Emotion and Thinking, *The Journal of Biological Experience* 1/4 (1979)

Baker, E. F., Man in the Trap, New York, 1974 dt.: Der Mensch in der Falle, Kösel, München, 1980

Bellis, J.M., Überfluten und Bioenergetische Analyse, in: *Olsen, P.* (Hrsg.) Emotionale Stimulation und Überfluten der Gefühle in der Psychotherapie, Reinhardt, 1980

—,The Eyes have it, Arbeitspapier, 1977

Boadella, D., Wilhelm Reich, The Evolution of his Work, Vision Press, 1973

Boyesen, G., Experience with Dynamic Relaxation, *Energy and Character* 1/2 (1970)

Büntig, W. E., Das Werk von Wilhelm Reich und seinen Nachfolgern, in: Psychologie des 20. Jahrhunderts, Kindler, 1977

(19) *Darwin, Ch.R.*, The Expression of the Emotions in Man and Animals, John Murry, London 1872

Erikson, E., Kindheit und Gesellschaft, Klett, Stuttgart 1976

Fenichel, O., The Psychoanalytic Theory of Neurosis, New York, 1945

Ferenczi, S., Weiterer Ausbau der aktiven Technik in der Psychoanalyse (1921)

—,Versuch einer Genitaltheorie (1924)

—,Zur Psychoanalyse der Sexualgewohnheiten (1925)

—,Kontraindikationen der aktiven Psychoanalytischen Technik (1926)

—,Das Problem der Beendigung der Analysen (1928)

—,Die Elastizität der psychoanalytischen Technik (1928)

—,Sprachverwirrung zwischen den Erwachsenen und dem Kind, (1933)

Alle in: Schriften zur Psychoanalyse II, S. Fischer, Frankfurt am Main (1972)

(13) *Frank, R.*, Über das Konzept des Widerstandes in der bioenergetischen Analyse, in: *Petzold, H.* (Hrsg.) Widerstand, ein strittiges Konzept in der Psychotherapie, Junfermann, Paderborn 1981

(15) *Frank, R.* und *Frank, R.*, Zur Rolle des Körpers in der bioenergetischen Analyse, in: *Petzold, H.*, (Hrsg.) Die neuen Körpertherapien, Junfermann, Paderborn 1977

(16) *Freud, S.*, 1950 Aus den Anfängen der Psychoanalyse (1887 bis 1902) Imago Publ. Co., London

—,1894 Die Abwehr-Neuropsychosen, G.W. 5, 57-74

—,1905 Drei Abhandlungen zur Sexualtherorie, G.W. 5, 161-286

—,1908 Charakter und Analerotik, G.W. 7

—,1915 Triebe und Triebschicksale, G.W. 10, 209-232

—,1920 Jenseits des Lustprinzips, G.W. 13, 1-69

—,1923 Ich und Es, G.W. 13, 235-289

(17) —,1926 Hemmung, Symptom und Angst, G.W. 14

(18) —,Hemmung, Symptom und Angst (1926), Studienausgabe Band VI, S. Fischer, Frankfurt a.M. 1971 Seite 246, 305

—,1930 Das Unbehagen in der Kultur, G.W. 14, 419-506

Greenson, R.R., Technik und Praxis der Psychoanalyse, Stuttgart, 1973

Hoskins, R.G., The Biology of Schizophrenia, Norton, New York 1946

Keleman, S., Dein Körper formt dein Selbst, Kösel, München 1980

Lewis, R. und *Lowen, A.*, Bioenergetische Analyse, in: *Petzold, H.* (Hrsg.) Psychotherapie und Körperdynamik, Junfermann, Paderborn 1981[4]

(2) *Lowen, A.*, Breathing, Movement and Feeling, Lectures, IIBA, New York 1965

—,Love and Orgasm, MacMillan, New York 1965 dt.: Liebe und Orgasmus, Kösel, München 1980

—,The Depression and the Body, Penguin Book, New York 1973, dt.: Depression, Kösel, München 1979[2]

—,Pleasure, Penguin Books Inc., New York 1975 dt.: Lust, Kösel, München 1980[2]

—,Bioenergetics, Coward, McCann, G., 1975, dt.: Bioenergetik, Scherz, München 1976

—,Psychopathic Behavior and the Psychopathic Personality, Lectures, IIBA, New York 1975

(28) —,The Way to Vibrant Health, New York 1977

(8,9, 11) —,The Language of the Body, Colliers Book, New York 1978[9], dt.: Körper, Ausdruck und Persönlichkeit, Kösel, München 1981

—,Angst vor dem Leben, Kösel, München 1981

—,The Betrayal of the Body, Mac Millan, New York 1978[11]

(7) —,Some Reflections on Energy Process in the Organism, Newsletter 2/1, IIBA, New York 1981

—,Reich and Beyond Reich to Bioenergetic Analysis, Newsletter 3/3, IIBA, New York 1983

Mertens, W., Psychoanalyse, Urban Taschenbuch 337, Kohlhammer, Stuttgart 1981

Montagu, A., Körperkontakt, Klett; Stuttgart 1974

Neumann, E., Ursprungsgeschichte des Bewußtseins, Kindler TB 2042, 1949

(5) *Neuhauser, Chr.*, Allgemeine Grundlagen der Muskelfunktion, Arbeitspapier, 1983

Ollendorf-Reich, I., Wilhelm Reich, Kindler, München 1971

(27) *Pechtl, W.*, Die therapeutische Beziehung und die Funktion des Therapeuten in der bioenergetischen Analyse, in: *Petzold, H.*, Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung, Junfermann, Paderborn 1980
(10) *Petzold, H.*, Die neuen Körpertherapien, Junfermann, Paderborn 1980²
Pierrakos, J., The Energyfield in Man and Nature, *Energy and Character* 5/3, 1974
(14) —,in: Lowen, Betrayal of the Body, Seite 344
Raknes, O., Wilhelm Reich and Orgonomy, Oslo, New York, 1970, dt.: Wilhelm Reich und die Orgonomie, Fischer, Frankfurt a.M. 1973
(21) *Reich, W.*, Die Entdeckung des Orgon I, Die Funktion des Orgasmus, Fischer, Frankfurt a.M. 1983
(22) —,Charakteranalyse, Fischer, Frankfurt a.M. 1976⁴
(23) —,Psychischer Kontakt und vegetative Strömung 1934
(24) —,Orgasmusreflex, Muskelhaltung und Körperausdruck 1937
(25) —,Experimentelle Ergebnisse über die elektrische Funktion von Sexualität und Angst, Sexpol-Verlag, 1937
(26) —,Massenpsychologie des Faschismus, 1933
—,Die Entstehung des Orgons, der Krebs, Fischer, Frankfurt a.M. 1976
(3) *Reichel-Bleichert*, Leitfaden der Physiologie des Menschen, Enke, Stuttgart 1962
Rosen, I.N., Direct Analysis, Grune und Stratton, New York 1953
Schilder, P., The Image and Appearance of the Human Body, Intern. Univ. Press, New York 1950
(1) *Selye, H.*, Streß, Bewältigung und Lebensgewinn, Piper, München 1974
(20) *Sulloway, F. J.*, Freud, Biologie der Seele. Jenseits der psychoanalytischen Legende, Edition Maschke, Hohenheim 1982

Transaktions-Analyse
Tauschhandel der Gefühle

*Helmut L. Harsch, Fred M. Jessen**

1. Definition des Verfahrens

Die Transaktions-Analyse (abgekürzt TA) wurde von *Eric Berne* (1910-1970) seit Mitte der fünfziger Jahre, ausgehend von psychoanalytischen Ansätzen bei *Federn , Sullivan* und E.H. *Erikson*, als sozialpsychiatrische Therapiemethode entwickelt. *Berne's* Interesse dabei ist ein pragmatisches: schnellere und wirksamere Behandlungserfolge auch bei schwereren psychischen Störungen zu erzielen. Die zugrunde liegende Methode ist die einer phänomenologisch beschreibenden Psychologie, wobei schon diese Form den Inhalt der TA mitprägte: *Berne* sucht durch eine einfache Sprache und anschauliche Diagramme, die auch dem psychologischen Laien unmittelbar verständlich sind, den Klienten selbst in die Lage zu versetzen, verstehend und eigenverantwortlich in der Therapie mitzuarbeiten. Die TA ist deshalb eine demokratische Psychotherapie, in der das Machtgefälle zwischen einem wissenden Therapeuten und einem unwissenden Klienten aufgehoben ist. In ihrer popularisierten Form hat die TA vielfältig modernes psychologisches Bewußtsein und Sprache beeinflußt (z. B. „O.K.-Sein", „Streicheleinheit", „Spiel"). Die Entwicklung der TA vollzog sich in vier Schritten, die auch in etwa dem Gang der Analyse entsprechen (s. *Dusay* 1979, 57 ff).

1. Analyse der Persönlichkeit und ihrer Subsysteme (Strukturanalyse);
2. Analyse der Kommunikation mit anderen (Transaktionsanalyse im engeren Sinne);
3. Analyse dabei sich häufig wiederholender stereotyper Erlebens- und Verhaltensmuster (Spiel- und Racketanalyse[1]);

* *Heinrich Hagehülsmann* hat uns durch Überprüfung des Manuskriptes und seine fachkundige Beratung, besonders in den wissenschaftstheoretischen Teilen geholfen; *Hans-Christoph Stoodt* fertigte das Literaturverzeichnis. Beiden herzlichen Dank für ihre Unterstützung.

4. Analyse der Zusammenhänge zwischen frühkindlich-prägenden Erfahrungen, daraus resultierenden Entscheidungen und dem heutigen Erleben und Verhalten von Menschen (Skriptanalyse).

Die TA vereinigt in sich sehr vielschichtige, z.T. widersprüchliche Ansätze (intra- und interpersonale, kausale und finale, humanistische, verhaltenspsychologische und kybernetisch systemorientierte) zu einer neuen, eigenständigen psychodiagnostischen und psychotherapeutischen Methode, die sich leicht mit anderen therapeutischen Verfahren kombinieren läßt, wie z.B. mit Psychoanalyse (*Drye* 1981), Gestalttherapie (*Goulding* und *Goulding* 1978, 1981), Gesprächspsychotherapie (*H. Hagehülsmann* 1982), Rolfing (*D. Campbell*) usw.

Auch nach dem Tode *Berne's* ging die Entwicklung der TA weiter mit der Ausdifferenzierung verschiedener Schulen (s. *Barnes* 1979a, 1980, 1981) sowie mit z.T. speziellen Anwendungen von TA auf unterschiedliche Erkrankungen und Bereiche, z.B. Alkoholismus, (*Steiner* 1971c, 1979a), Psychosen (*J. Schiff* et al. 1975), Gefängnis (*Groder* 1977, 1981), Neurosen, speziell Phobien (*Goulding* und *Goulding* 1978, 1981), Familientherapie (*Kadis/McClendon* 1980; *Bader* 1976; *Erskine* 1982).

Weitere nichttherapeutische Anwendungen von TA entwickelten sich in den meisten Berufen, die Umgang mit Menschen erfordern: Erziehung (*Babcock/Keepers* 1980), Schule (*Wandel* 1977, 1979; *Ernst* 1972; *Duff* 1972), Kirche (*James/Savary* 1977a; *Oden* 1977; *M. James* 1973a; *Greer* 1975), Management (*Bennett* 1976; *Meininger* 1978; *Rautenberg/Rogoll* 1980; *Poindexter* 1977; *Novey* 1973; *Burke* 1977), Sozialarbeit, Krankenpflege (*Hover* 1976; *Chandier* 1977), Telefonseelsorge (*Harsch* 1973) usw.

In Europa und Deutschland ist die TA in größerem Umfang erst seit Anfang der siebziger Jahre in Erscheinung getreten.

2. Geschichte

Die TA als eigene psychotherapeutische Schule beginnt 1958 mit der Gründung des „Sozial-psychiatrischen Seminars" durch *Eric Berne* in San Francisco.

Eric Berne war am 10. Mai 1910 als Eric Lennard Bernstein in Montreal/Kanada geboren worden. Sein Vater David Hillel Bernstein praktizierte als Allgemeinmediziner und Armenarzt im jüdischen Viertel von Montreal, seine Mutter war Journalistin und Schriftstellerin. Die Familie kam ursprünglich aus Polen und Rußland nach Kanada. Eric Lennard war der Älteste, nach ihm kam noch eine 5 Jahre jüngere

Schwester. Der Vater starb an Tuberkulose als Opfer seines Berufes, als Eric 9 Jahre alt war. Seine Mutter Sarah hatte die Familie mit Hilfe ihrer Schriftstellerei alleine durchzubringen. Sie hatte ehrgeizige Pläne für ihren Sohn. Es war für ihn klar, daß er Arzt werden wollte wie sein Vater. Er studierte an der McGill-Universität und war bereits mit 25 Jahren Dr. med. und Master of surgery. 1936 ging er nach den USA, um an der Yale Universität seine psychiatrische Fachausbildung zu machen. In dieser Zeit wird er amerikanischer Bürger und ändert seinen Namen in Eric Berne. Von 1941-1943 arbeitet er am Mount Zion Hospital in New York als Psychiater. Zugleich ist er am Psychoanalytischen Institut in New York in Ausbildung zum Psychoanalytiker als Lehranalysand von *Paul Federn*, einem nach USA emigrierten Schüler *Sigmund Freuds*. 1943 bis 1946 arbeitet *Berne* als Psychiater am Medical Corps der US-Armee. Nach seiner Entlassung läßt er sich in Carmel, einer Künstlersiedlung südlich von San Francisco, nieder. Er hatte diese Gegend während seiner Dienstzeit in der Armee kennengelernt. 1947 bis 1949 setzt er seine Lehranalyse bei *Erik H. Erikson* fort. Sein Antrag auf Mitgliedschaft in der Psychoanalytischen Gesellschaft wird jedoch 1956 abgelehnt: Er sei noch nicht so weit und bedürfe noch weiterer drei bis vier Jahre Arbeit an sich selbst. Diese Absage hat ihn tief getroffen und dazu stimuliert, eigene Wege, die er vorher schon beschritten hatte, in rascher Folge weiter auszubauen[2)].

2.1 Vorläufer

Schlegel (1979) rechnet die TA zu den tiefenpsychologischen Schulen und damit zu dem breiten Strom der „Dynamischen Psychiatrie", als eine Fortführung der Psychoanalyse, in der *Berne* 15 Jahre seines Lebens ausgebildet wurde und gearbeitet hat. *Berne* spricht diese Anerkennung für seine Vorläufer auch offen aus (*Berne* 1973; 1975, 63; *Drye* 1977, 1981).

Von *Freud* stammt sein dynamisches Konzept einer *Besetzungsenergie*, die sowohl die Struktur als auch die Funktion des Ichs aufrecht erhält. (*Berne* verwendet allerdings dafür das im Englischen für „Besetzungsenergie" eingeführte griechische Wort „Cathexis"). *Berne* steht damit deutlich in der Tradition der *Freud*-Schüler *Federn, Fenichel, Hartmann, Nunberg* und *E.H. Erikson*, die *Freuds* Triebpsychologie konsequent zu einer Ichpsychologie weiterentwickelt haben. Im Rahmen dieser Entwicklung hat vor allem *Berne's* Lehrer *Paul Federn*, ausgehend von seinen Psychoseforschungen, den Begriff wechselnder

„Ichzustände" eingeführt (*Federn* 1978). *Federn* nimmt an, daß es eine eigene Besetzungsenergie im Ich gibt, die als Ichgefühl erlebt wird, als Erfahrung eines Kontinuums in Raum, Zeit und Geschehenszusammenhang. Dieses Kontinuum wird von flexiblen Ichgrenzen zusammengehalten, die unter dem Einfluß wechselnder Situationen ständiger Veränderung unterliegen. Die Person bemüht sich, in jedem dieser Ichzustände Kohärenz und Integration herzustellen. Ichzustände früherer Altersstufen verschwinden nicht, sondern werden verdrängt. In der Hypnose oder in der Psychose kommen sie wieder zum Vorschein, z.B. als Halluzinationen und/oder Wahnbildungen. Ursache dafür ist eine Abnahme der Besetzungsenergie an den Ichgrenzen, sodaß die früheren Ichzustände in den heutigen Ichzustand eindringen, was zur Beeinträchtigung der Realitätsprüfung und zum Verlust des Ichgefühls führt. *Federn* hat damit bereits auf die Bedeutung der Ichzustandsgrenzen und auf die Vermischung und Trübung von Ichzuständen als Ausdruck von pathologischen Zustandsveränderungen hingewiesen.

Berne ist der Meinung, daß auch seine Skripttheorie nichts gänzlich Neues ist. Von der antiken klassischen Literatur bis heute gibt es viele Anspielungen auf die Tatsache, daß die ganze Welt einer Bühne gleiche, auf der die Menschen als Schauspieler wirken und ihre Rolle im Zusammenwirken mit den anderen auszuüben haben. Daß Märchen, Mythen und Legenden Modellentwürfe von Lebensplänen sind, sieht er bereits in *Joseph Campbell's* Buch „The Hero with a thousand faces" (1949) ausgeführt. *Campbell* nimmt darin Anregungen von *Freud, Rank* und *Jung* auf. *Berne* interpretiert *Jung* als Vorläufer zur Skripttheorie allerdings auf seine Weise, wenn er die Archetypen als die magischen Figuren im Skript versteht und die „Persona" als die Adaption, in der das Skript ausgelebt wird (s. *Jung*, Psychologische Typen 1921; *Herman* 1975; *Merlin* 1977). Eine systematische Skriptanalyse findet *Berne* auch bei *Hans Dieckmann*, der das Lieblingsmärchen in der Kindheit in Beziehung setzt zur späteren Persönlichkeit und Neurose (*Dieckmann* 1966, 1967).

Freud selbst kam der Skripttheorie am nächsten in seiner Abhandlung „Jenseits des Lustprinzips" (1920), in der er seine Beobachtung, daß Lebensläufe nach bestimmten, immer wiederkehrenden Mustern ablaufen, mit den Begriffen „Wiederholungszwang" und „Schicksalszwang" ausgedrückt hat. Diese Mächte sind es, die das Ich jenseits des Lustprinzipes in seiner Lebensgestaltung bestimmen. Dieser Ansatz ist jedoch von *Freud* und seinen nächsten Schülern nicht weiter verfolgt worden, mit Ausnahme von *E.H. Erikson* , der in seinem Entwurf einer

Theorie des Lebenszyklus und in seinen biographischen Arbeiten („Der junge Mann Luther" 1958) diesen Ansatz vertiefte.

Die größte Nähe sieht *Berne* jedoch zu *Alfred Adler* und seiner Individualpsychologie (*Simoneaux* 1977). *Adler* geht aus von einem optimistischen Menschenbild: Von Natur aus ist das Kind durch sein Zärtlichkeitsbedürfnis ausgerichtet auf die Entwicklung eines Gemeinschaftsgefühles. Die kränkende Erfahrung von Minderwertigkeiten (organischer oder anderer Art) sucht der junge Mensch auszugleichen durch das Streben nach Macht in aktiver oder passiver Weise. Daraus entsteht in einem schöpferischen Akt aufgrund seiner frühen Erfahrungen eine „Leitlinie", ein „Lebensplan", mit dem er diese seine Selbstidentität absichert. Adler verändert damit sein Interesse von der psychoanalytisch-kausalen zur finalen Orientierung, philosophisch begründet durch *Vaihingers* (1911) Konzept des „Als Ob", das auch *Berne* zitiert. So ist *Adler* der Meinung, wenn man die „Leitlinie" eines Menschen kennt, dann kann man ziemlich genau vorhersagen, wie sich der Betreffende verhalten wird. Die „Leitlinie" hilft auch, die dem Lebensvollzug zugrunde liegende Dynamik als Schritte in einem zielgerichteten Prozeß zu verstehen, der auf ein Endziel hinausläuft, das alles bestimmt. Allerdings bleibt nach *Adlers* Ansicht dieses Ziel dem Menschen in der Regel unbewußt und erscheint ihm von daher als unabänderliches Geschick, bedingt und diktiert durch die Verhältnisse seines Lebens.

Außerdem läßt sich erkennen, daß von *Adlers* Konzeption her direkte Beziehungen zu den vier existentiellen Grundpositionen der TA als Selbstdefinitionen in Beziehung zur Gemeinschaft (Ich bin o.k., du bist o.k. usw. s.u.), zum Streichelkonzept und zu den Spielen und Rackets als manipulativen Instrumenten zur Ausbeutung anderer bestehen. *Berne* stimmt *Adlers* Definition des Lebensplanes zu, jedoch mit der Einschränkung, daß

1. der Lebensplan bewußtseinsnäher sei, als Adler annimmt;
2. daß der einzelne nicht allein dafür verantwortlich sei; *Adler* unterschätze die elterlichen Einflüsse bei der Bildung des Skriptes und komme dadurch zu leicht moralisierenden Begriffsbildungen;
3. die Vorhersagbarkeit der Ziele und ihrer Realisierung sei viel größer, als *Adler* annimmt (*Berne* 1975, 59).

In *René Spitz* (1945) sah *Berne* einen Vorläufer für seine Überzeugung, daß Zuwendung (Streicheln im wörtlichen und im symbolischen Sinne) wichtig ist für die Menschwerdung und für das Überleben des Menschen.

Der kanadische Gehirnchirurg *Penfield* (1952, 1954) beeinflußte *Berne* stark durch seine hirnphysiologischen Untersuchungen am offenen Gehirn von Epileptikern. Durch elektrische Reizung bestimmter Hirnzentren konnte er klar umrissene Erinnerungen hervorrufen. *Berne* sah darin eine Bestätigung seines Konzeptes der Ichzustände, die er sich in bestimmten Hirnpartien lokalisiert vorstellte. Er sprach deshalb auch von „psychischen Organen", deren äußere Manifestation die Ichzustände sind. Erst in seinem letzten Buch hat *Berne* diese Idee aufgegeben und nur noch von Ichzuständen gesprochen.

Berne kann diese Vorläufer voll anerkennen, sieht jedoch die Eigenständigkeit der TA darin, daß er diese Ansätze durch die Struktur-, Transaktions-, Spiel-, Racket- und Skriptanalyse mit neuer Begrifflichkeit und anschaulichen Diagrammen so methodisiert und systematisiert hat, daß sie zu einem brauchbaren Handwerkszeug effektiver und rasch wirksamer „Fokaltherapie" geworden sind (*Berne* 1973).

2.2 Die Anfänge

Berne hat 15 Jahre lang versucht, anerkannter Psychoanalytiker zu werden. Dies schien ihm in einer Zeit, da sich die Psychoanalyse in den USA immer mehr durchsetzte und die Begriffe „Psychiater" und „Psychoanalytiker" zu Synonymen wurden, ein lohnenswertes Ziel zu sein, für das er alle seine Kräfte einsetzte.

Er hatte sich aber schon längst in eine andere Richtung bewegt, ohne daß dies sogleich sichtbar wurde. 1947 publizierte er sein erstes Buch, „Mind in action", eine Einführung für Fachleute und Laien in Psychiatrie und Psychoanalyse (deutsch: „Sprechstunden für die Seele" 1970). Dieses Buch ging hervor aus Vorträgen, die er in seiner Tätigkeit als Armeepsychiater vor Soldaten zu halten hatte. Statt im Offizierskasino zu sitzen, saß er lieber vor seiner Schreibmaschine, um zu schreiben. Zeit seines Lebens war es sein Ehrgeiz, psychologische Bücher in einer einfachen und direkten Sprache zu schreiben und nicht nur als praktizierender Therapeut tätig zu sein. Kurz vor seinem Tod schrieb *Berne* gleichzeitig an sechs Büchern!

Ebenfalls während seiner Armeezeit hatte *Berne* angefangen, sich mit dem Phänomen der *‚Intuition'* zu befassen. Die Langeweile mancher Nachtwache und die Routine von Entlassungsinterviews von Zehntausenden von Soldaten nach dem Krieg veranlaßten ihn, mit seiner Intuition, die er in hohem Maße besaß, zu experimentieren. Wenn er sich nicht durch bewußtes Nachdenken selbst ablenkte, gelangen ihm erstaunlich treffsichere Aussagen über berufliche Tätigkeit, Art

der Elternbeziehung, einschneidende biographische Ereignisse in bestimmten Lebensabschnitten seiner Gesprächspartner usw. In den Jahren 1949 bis 1962 veröffentlichte er acht Artikel zu diesem Thema. Das Interessante an ihnen ist, daß sie ein unbeabsichtigtes Protokoll seiner Entwicklung vom Psychoanalytiker zum Transaktions-Analytiker darstellen (*Berne* 1977):

1. 1949: *Die Natur der Intuition*. Hier versucht er mit Hilfe seiner Experimente Intuition als eigene Form der Wahrnehmung innerhalb der Psychologie hoffähig zu machen.

2. 1952: *Die Natur der Diagnose betreffend*. Jeder normale Mensch macht durch Betrachtung auf einer vorbewußten Ebene laufend Diagnosen, z.B. über Alter, Geschlecht usw. seines Gesprächspartners. Ähnlich verfährt in einer ganzheitlichen Wahrnehmung auch der erfahrene Kliniker, im Unterschied zum Anfänger, der in seiner bewußten Reflexion oft unzutreffend Einzelfakten zusammenfügt.

3. 1953: *Die Natur der Kommunikation betreffend* . Hier setzt er Psychologie und *Wiener's* Kybernetik miteinander in Beziehung. In der Psychologie hat das störende „Geräusch" oft größeren Informationswert als die in der Kommunikation bewußt vermittelte „Information".

4. 1955: *Primäre Bilder und primäres Urteil*. *Berne* beschreibt hier Intuition als das Ergebnis der Eigenart früher Objektbeziehungen.

5. 1957: (bereits 1956 verfaßt): *Das Ich-Bild*. Nach seiner Ablehnung durch die Psychoanalytische Gesellschaft sieht sich *Berne* nicht mehr unter dem Zwang, seine Gedanken mit psychoanalytischer Theorie in Einklang zu bringen. Er spricht jetzt zum ersten Mal von verschiedenen Ich-Zuständen. Er definiert deren zwei: das „Kind" und den „Erwachsenen". Er berichtet dabei, wie er diese Bezeichnungen von einem seiner Patienten, einem Rechtsanwalt, gelernt habe (die sog. Cowboy-Geschichte): „Ein acht Jahre alter Junge ist zu einem Ferienaufenthalt auf einer Farm. Er trägt einen Cowboyanzug und hilft einem der Angestellten sein Pferd abzusatteln. Als sie fertig sind, sagt der Angestellte: ‚Danke Kuhtreiber!' Sein Helfer antwortet ihm darauf: ‚Ich bin nicht wirklich ein Kuhtreiber, ich bin nur ein kleiner Junge!' Und der Patient fährt fort: ‚Das ist genau so, wie ich mich fühle. Manchmal habe ich den Eindruck, daß ich nicht wirklich ein Rechtsanwalt, sondern ein kleiner Junge bin! Alles, was er in der Therapie sagte, wurde von zweien mitgehört: Von dem Rechtsanwalt und von dem inneren kleinen Jungen."

6. 1957: (im gleichen Jahr erschienen): *Ich-Zustände in der Psychotherapie* . Mit neuem Selbstbewußtsein stellt *Berne* die Strukturanalyse als neuen psychotherapeutischen Ansatz vor. Er spricht jetzt von drei Ich-Zuständen: Eltern-Ich (EL), enthält alles, was von Eltern oder anderen Autoritätspersonen aufgenommen worden ist, Erwachsenen-Ich (ER) und Kind-Ich (K). *Berne* führt auch zum ersten Mal sein Diagramm der Persönlichkeit ein, mit den drei Kreisen, die das „Markenzeichen" der TA geworden sind (s.u.). Psychopathologie beschreibt er als *Trübung* des ER durch EL und K, Therapie als Prozeß der *Enttrübung* und Festigung der Ich-Grenzen. Er differenziert aus diagnostischen Gründen EL und

K weiter in der Strukturanalyse 2. Ordnung (s.u.). *Berne* stellt fest, daß er bereits seit zwei Jahren mit dieser Methode arbeite und 65 Patienten damit behandelt habe.

7. 1958: *Transaktions-Analyse, eine neue und effektive Methode der Gruppentherapie.* Hier wird zum ersten Mal der Begriff der *Transaktion* eingeführt und drei Formen davon unterschieden: parallele, gekreuzte und verdeckte; manipulative Operationen beschreibt er als psychologische *‚Spiele'* und setzt sie mit dem *‚Lebensskript'* in Verbindung.

8. 1962: *Die Psychodynamik der Intuition. Berne* schließt damit seine Arbeit über Intuition ab, indem er sie noch einmal mit den verschiedenen Ich-Zuständen in Beziehung setzt.

Dieser Überblick zeigt, daß *Berne* innerhalb kürzester Zeit sein System der Transaktions-Analyse voll entwickelt hat. Die Ablehnung durch die Psychoanalytische Gesellschaft kann diese Kreativität nicht erst bewirkt haben (wie manche behaupten), sie hat eher den Weg freigemacht für Gedanken, die schon längst da waren, aber mit Rücksicht auf die Anerkennung nicht dargestellt worden waren.

2.2.1 Zeitgeschichtlicher Kontext und geistesgeschichtliche Situation: ihre Relevanz für die Entwicklung des Verfahrens.

Philosophische Betrachtungen spielen bei *Berne* kaum eine Rolle, es finden sich in seinen Büchern nur wenige derartige Zitate. Bedeutsamer für die Entwicklung der TA ist eher der *Alltag* und die *ökonomische Basis* der USA, genauer Kaliforniens, in der Mitte der 50er Jahre. In dieser Zeit war es zu einem enormen Wirtschaftswachstum mit entsprechender Steigerung des finanziellen Gewinns gekommen. Besonderes Interesse fand dabei, wie in den USA schon immer, der im harten Wettbewerb siegreich gebliebene Gewinner, der es geschafft hat. Diese Grundeinstellung der amerikanischen Gesellschaft hat sich in der Sprache der TA niedergeschlagen:

Berne spricht von „Gewinnern" und „Verlierern", von „Auszahlung" (Gewinn), von „Ökonomie" und „Rabattmarken". *Berne's* Motivation für die Verwendung dieser Sprache war sein Protest gegen die hochgestochene, abstrakte Begrifflichkeit innerhalb der bisherigen psychotherapeutischen Schulen. Er benützte Konkretes und Alltägliches, um komplizierte Zusammenhänge zu beschreiben, damit auch einfache Menschen mit Elementarbildung sie unmittelbar erfassen könnten. *Berne's* Standesgenossen fanden diese Theorien so unter jedem wissenschaftlichen Standard, daß sie bis heute z. B. von den Psychoanalytikern kaum zur Kenntnis genommen werden.

Eine weitere Eigenart amerikanischer Geisteshaltung ist ihr *Pragmatismus*. In der Lösung von Problemen orientiert man sich weniger an Autoritäten, Traditionen und vergangenen Erfahrungen. Man versucht, eher unbefangen an das Problem heranzugehen, mit dem Optimismus, daß es lösbar sei. Mit dieser Grundeinstellung betrieb *Berne* auch Psychotherapie. Dabei löste er sich immer mehr von den diagnostischen Schemata bisheriger psychiatrischer und psychotherapeutischer Ausbildung und suchte mit Beschreibungen, die er aus seiner intuitiven Wahrnehmung gewonnen hatte, sich einen Zugang zur psychischen Dynamik des Patienten zu eröffnen. *Berne* war auch der Ansicht, daß er als Psychiater Schizophrene, Alkoholiker und Depressive heilen könne. Seine Rede, die er seinen Schülern immer wieder vorhielt, lautete: „Ein Transaktions-Analytiker versucht schon in der ersten Sitzung, seine Patienten zu heilen. Gelingt ihm dies nicht, so sollte er während der folgenden Woche gründlich darüber nachdenken und in der zweiten Woche einen erneuten Anlauf nehmen — und so fort, bis er es geschafft hat, oder sein Scheitern eingestehen muß" (*Steiner* 1982, 20).

In ihren grundlegenden Wertvorstellungen ist die TA Ausdruck des amerikanischen *Liberalismus*: oberstes Prinzip ist die Freiheit und Würde des *Individuums*, auch wenn das soziale Ganze dabei unter Umständen Schaden nimmt. Ziel der Therapie ist für *Berne* die *Autonomie* des einzelnen, der sich aus den Einschränkungen elterlicher Erziehung befreit hat. Der Hunger des Individuums nach Zuwendung und Anerkennung ist das Movens aller Kommunikation.

Die Ambivalenz des Individualismus zeigt sich darin, daß aus ihm auch die *Protesthaltung* gegenüber den Anpassungszwängen einer auf Gewinn und Erfolg orientierten Zivilisation stammt. Solche Protestbewegungen konzentrierten sich immer wieder vor allem in Kalifornien. *Berne* zog 1947 nach Carmel, das er während des Krieges kennengelernt hatte. Carmel ist ursprünglich eine Ansiedlung von Künstlern gewesen, die in einem antizivilisatorischen Protest sich dorthin zurückgezogen hatten (noch heute ist es dort z. B. nicht erlaubt, Fernsehantennen auf den Dächern zu montieren). Dieser Protest entsprach auch *Berne's* innerer Einstellung in seiner Unangepaßtheit und Rebellion gegen autoritäre Institutionen. (Dies spürten wohl auch seine Lehranalytiker. Er hat nie über die Gründe seiner Ablehnung durch die Psychoanalytische Gesellschaft gesprochen, aber es ist anzunehmen, daß dies die Hauptursache für die Zurückstellung gewesen ist.) *Berne* versuchte auch als Psychiater naiv (intuitiv) und direkt in Kontakt zu seinen „Patienten" zu kommen. Er entwickelte die TA als eine „Protest-

psychologie vom Kind her", die deshalb in der Zeit der Protestbewegungen der 60er und 70er Jahre ihre stärkste Verbreitung gefunden hat.

Die TA ist auch nicht denkbar ohne die *religiöse Grundstimmung* in der amerikanischen Gesellschaft, die stark durch die Erweckungsbewegungen des vergangenen Jahrhunderts bestimmt ist, die sich bis heute in der Vielfalt der Kirchen und Sekten fortsetzen, die um die Gunst der Menschen werben. Vor allem der transaktions-analytische Erfolgsautor *Harris* (1973) hatte in der Wahl des Titels seines Buches („Ich bin o.k., Du bist o.k.") ein gutes Gespür für diese Grundströmung in der amerikanischen Gesellschaft und ihr Verlangen nach Selbstbestätigung, Angenommensein, Sinn und Schuldfreiheit. *Berne* selbst war Atheist, ihm lag es fern, ein solches religiöses Angebot zu machen. Die existentiellen Grundpositionen (s.u.) des „Ich bin o.k. — Du bist o.k." und seiner Abwandlungen sind für ihn ein klinisches Instrumentarium und kein Heilsangebot. Für viele wurde diese Formel jedoch zu einer Möglichkeit, das Evangelium mit heutigem Denken zu verbinden, und es ist sicher kein Zufall, daß zahlreiche Pfarrer sich der TA zuwandten und die TA innerhalb der Kirchen eine starke Verbreitung fand.

2.2.2 Persönlichkeit des Gründers und ihre Relevanz für die Ausprägung des Verfahrens

Berne's Persönlichkeit ist von seinen Zeitgenossen sehr zwiespältig erlebt worden. Die einen hielten ihn für arrogant, sprunghaft, läppisch und sogar zynisch. Seine Freunde, die seinen skurrilen Humor zu verstehen gelernt hatten, erlebten ihn als „verantwortlich, brilliant und scheu, als einen, mit dem man gerne Kontakt hat und der sowohl persönlich wie professionell gescheit ist" (*M. James* 1977a, 23).

Berne war keineswegs der pubertierende Rebell gegen „Schweine-Eltern" (*Oden* 1977, 102 ff), wie ihn manche seiner Kritiker darstellen. Er selbst hat sein Ideal eines Transaktions-Analytikers gelebt, nämlich sich in allen drei Ichzuständen situationsgemäß zu verhalten:

Berne hatte feste Prinzipien, die erkennbar in einer verehrungsvollen Beziehung zu seinen *Eltern* verankert waren. Sein Buch „Transactional Analysis in Psychotherapy" (1961) widmete er seinem Vater: „In Memoriam Patris Mei David, Medicinae Doctor et Chirurgiae Magister atque Pauberibus Medicus". Diese Widmung spiegelt seine eigenen Wertvorstellungen wider: „Patienten heilen" war zeit eines Lebens sein Ziel, besonders die Ärmsten der Armen, die hoffnungslosen Fälle auf den letzten Abteilungen der psychiatrischen Kliniken, um die sich niemand sonst kümmerte. Er war stolz darauf, daß sein Vater als Armenarzt in würdevoller Bescheidenheit gelebt hat. Er mißtraute deshalb

allen Leuten, die ständig ans Geldverdienen dachten. Zeit seines Lebens fühlte er sich dem ärztlichen und psychiatrischen Berufsstand verbunden, auch wenn er spöttisch und sarkastisch mit den Praktiken einzelner Kollegen umsprang. Den Sitzungen des Dienstagabendseminars mit seinen Schülern in seinem Haus in San Francisco gab er eine klare Struktur: Solange gearbeitet wurde, wurden kein Essen und Trinken, keine Unklarheiten, schwülstige Ausdrucksweisen und Wichtigtuereien, keine Unterwerfung unter Autoritäten und Drückebergerei geduldet.

Er bemühte sich, in den wissenschaftlichen Sitzungen und Diskussionen sein *Erwachsenen-Ich* und das der anderen so bewußt wie möglich einzusetzen. Er bestand auf klarem, logischem Denken, auf präziser Ausdrucksweise, auf kurzen Sätzen, knappen Darstellungen und kurzen aber treffenden Diskussionsbeiträgen. Er lehnte den Gebrauch von diagnostizierenden Eigenschaftswörtern ab, die mehr verhüllen als klären und als Zuschreibung für andere verletzend und entmenschlichend sind, wie z. B. „Alkoholiker", „Schizophrener", „passiv", „aggressiv", „abhängig" usw. Für manche seiner Schüler war er durch seine raschen und gezielten Interventionen ein Helfer, eigene Hemmungen zu überwinden und zu eigener Kreativität zu gelangen (M. *James* 1977a, *English* 1976a).

Berne liebte Kinder und sein eigenes *Kindheits-Ich* war der Ausgangspunkt für seine Theorie (s. seine Arbeiten über Intuition). Seine scheue Art gestattete ihm aber nur dann, wenn er sich ganz sicher fühlte, diese Seite seines Wesens zu zeigen. Solche Situationen waren z. B. nach den wissenschaftlichen Sitzungen am Dienstag Abend die lauten und lustigen Parties in seinem Haus oder in der nahen „Spaghetti Fabrik". Dann wurde er ärgerlich, wenn manchen Teilnehmern das Umschalten schwer fiel und sie weiter „erwachsen" mit ihm wissenschaftlich diskutieren wollten. *Berne* suchte Liebe und Zuneigung. Jahrelang hatte er „Intimität" durch Experimente zu erforschen versucht, persönlich blieb er jedoch ein zutiefst einsamer Mensch, der mit seinen Partnerbeziehungen wenig Glück hatte. *Berne* wurde dreimal geschieden und war, als er starb, allein. Sein Leben war mit Arbeit erfüllt, vor allem mit dem Schreiben von Büchern, wie man andere heilt.[3)]

Diese Einschränkungen seiner Lebensmöglichkeit läßt die Frage nach seinem eigenen Lebensskript stellen. *Steiner* (1982, 31 f) sieht *Berne's* einschränkende Einschärfungen in seiner Behinderung, längere Liebesbeziehungen aufzubauen und die Liebe anderer und ihre Zuwendung zuzulassen. Das wird noch verstärkt durch seine elterlichen „Antreiber", stark, unabhängig und unvoreingenommen zu sein. *Berne* hatte

nur kurze Liebesbeziehungen und diese gaben ihm nicht die Geborgenheit und Wärme, die er brauchte und wünschte. Wenn man ihn darauf ansprach, verteidigte er seine Einsamkeit und blieb mit seiner Arbeit alleine. Wenn er selbst Psychotherapie brauchte, begab er sich nicht in eine Gruppe oder zu einem Transaktions-Analytiker. Für sich selbst arbeitete er mit einem psychoanalytischen Kollegen in Einzelsitzungen. Gegen Körperkontakte in therapeutischen Sitzungen hatte er große Vorbehalte. Er fürchtete, daß dies zu sexuellen Beziehungen des Therapeuten zu seinen Klienten führen könnte.

Berne entwickelte sein Konzept eines auf frühen Entscheidungen basierenden Lebensskriptes, um den Menschen aus diesen Wiederholungszwängen zu befreien. Sein letztes Buch (1975) vermittelt stimmungsgemäß jedoch eher den Eindruck eines neuen Gefangenseins im Skript. *Steiner* (a.a.O.) sieht die Ursache dafür darin, daß es *Berne* selbst nie gelungen sei, sein eigenes Skript zu ergründen und aufzugeben. Er habe damit seine Einschränkungen besonders in den Konzepten des Skriptes und des „Streichelns" der TA mit auf den Weg gegeben.[4)]

2.3 Wirkungsgeschichte

Die TA hat sich 13 Jahre nach *Berne's* Tod und 25 Jahre seit ihrem Bestehen über Amerika hinaus in alle Erdteile verbreitet und in die verschiedensten Kulturen Eingang gefunden. Sie wird von ganz unterschiedlichen Berufs- und Personengruppen verwendet und hat Denken, Sprache und Vorstellungen von Menschen beeinflußt. Dieser Vorgang verlief auch umgekehrt, so daß verschiedene Grundentscheidungen darüber, was Menschsein ausmacht und wie menschliche Entwicklung verläuft, zu unterschiedlichen Weiterentwicklungen und Amalgamierungen mit anderen Richtungen geführt haben. Trotz aller dadurch verursachten Spannungen im Sachlichen und Persönlichen ist es der TA als Organisation und Gemeinschaft von peers gelungen, auch nach *Berne's* Tod beieinander zu bleiben und in fruchtbarer Spannung und offener Auseinandersetzung die TA als lebendige Theorie und Methodik weiterzuentwickeln, auch im Blick auf neue Anwendungsgebiete (s. M. *James* 1977a; *Barnes* 1977, deutsch 1979/80/81; *Schlegel* 1979; *Hagehülsmann* und *Hagehülsmann* 1983).

Bildung von Schulen

Den umfassendsten Überblick über diese Entwicklung bieten *Barnes* (1979-1981) sowie *Woollams* und *Brown* 1978, 275-349). Sie unterscheiden drei Hauptschulen:

1. die klassische,
2. die Cathexis Schule und
3. die Neuentscheidungsschule.

Alle Schulen gehen von einem gemeinsamen Grundbestand aus, auch wenn einzelne Konzepte unterschiedlich interpretiert werden. Das *Gemeinsame* ist: Alle Schulen arbeiten mit dem Vertragskonzept; sie benützen das Persönlichkeitsmodell von EL, ER, K; das Kommunikationsmodell von Transaktionen und Spielen; die Bündelung all dieser Elemente im „Lebensplan" (Skript), der aufgrund elterlicher Einflüsse zustande kommt; alle halten Zuwendung in den verschiedensten Formen für ein wichtiges Element zwischenmenschlicher Beziehungen.

Die *Unterschiede* beziehen sich vor allem darauf, daß jede dieser Schulen ihren Hauptansatz in einem anderen Ichzustand wählt und damit auch unterschiedliche Aussagen über Entstehung und Veränderung des Lebensplanes macht. Dies ist nicht zuletzt die Folge von Unklarheiten in *Berne's* Ansatz selbst. Die Frage, ob der Mensch das Ergebnis von frühen Konditionierungen ist oder selbst Entscheidungen trifft, ist von *Berne* nicht eindeutig beantwortet worden. In seinem letzten Buch (1975) sind seine Aussagen in beiden Richtungen gleich stark, mit der Tendenz etwas mehr zur Konditionierung (s. auch *Kottwitz*, 1980a, 67; *Hagehülsmann* und *Hagehülsmann*, 1983, 1320).

1. Die Klassische Schule

Die klassische Schule hat ihr Zentrum im „Sozialpsychiatrischen Seminar" in San Francisco (heute *‚Eric Berne Seminar'*). In *Berne's* Nachfolge ist sie vor allem an der Stärkung des ER interessiert, um die frühen Konditionierungen und Einschärfungen bewußt zu machen, Spiele aufzudecken und Skriptentscheidungen dem Bewußtsein wieder verfügbar zu machen. Aufgabe des Therapeuten ist es, mit seiner Potenz („potency") den übermächtigen Elternfiguren entgegenzutreten und damit neue Denk- und Verhaltensweisen zu eröffnen und mit Hilfe seiner Unterstützung einzuüben. Das Positive an diesem Konzept ist, daß es klare Strukturen bietet, das Leiden des Kindes unter den elterlichen Einschärfungen ernst nimmt und verschiedenste Strategien zur Einübung neuen Verhaltens bereit hält. Negativ ist, daß das Kind als Opfer der Eltern erscheinen kann und damit seine eigene Stärke in der frühen Entscheidung und in der Möglichkeit zur revidierenden Neuentscheidung abgewertet wird, während der Therapeut zuviel Potenz zugeschrieben bekommt und dadurch die Abhängigkeit des Patienten (Klienten) von ihm gefördert wird.

Im folgenden einige Vertreter dieser Richtung mit Stichworten, die den Schwerpunkt ihrer Arbeit kennzeichnen: *Steiner* (Spiele, Alkoholismus, Skript), *Dusay* (Energieverschiebung zwischen den Ichzuständen, Egogramm), *Karpman* (Spielanalyse und Dramadreieck), *Kahler* (Miniskript), *Crossmann* (Erlaubnis, Schutz und Potenz als therapeutische Erfordernisse). *Steiner*, vom Marxismus her beeinflußt, ist auch einer der Begründer der *„Radikalen Psychiatrie"*, einer Gruppe, die stärker an der Aufdeckung und Veränderung der gesellschaftlichen Unterdrückungsmechanismen interessiert ist, durch die individuelle Pathologie erst entsteht.

Eine Sonderstellung in dieser Schule nimmt sowohl räumlich wie auch konzeptionell *Fanita English* ein. Sie entstammt dem europäischen Kulturkreis, gründete ein TA-Institut in Philadelphia und arbeitet seit vielen Jahren auch hier in Europa. Sie ist eine der wenigen Psychoanalytiker, die sich der TA zugewandt haben. Von daher nimmt sie manche Themen aus der Frühzeit der TA auf, wo *Berne* noch stark unter dem psychoanalytischen Einfluß stand, die liegengeblieben sind. So differenzierte sie *Berne's* Begriff des *Rackets als manipulatives Arrangement und Ersatzgefühl* weiter aus (*English* 1971) und entwickelte daraus eine neue Typologie (1982).

Ihre Kritik von Widersprüchen in *Berne's* Spieltheorie mündet in ein neues Verständnis von „Skript" ein. Sie sieht den Lebensplan als das Ergebnis unterschiedlicher früher „Überlebensschlußfolgerungen", als kreative Leistung des Kindes, die in manchen Teilen dysfunktional geworden ist. Heilung ist deshalb für sie die Entdeckung der positiven Seiten des Skriptes und nicht dessen Überwindung.

2. Die Cathexis Schule

Sie hat ihren Mittelpunkt in der von *Jacqui Schiff* gegründeten therapeutischen *„Schiff-Familie"* und dem daran angegliederten *„Cathexis-Institut"* in Oakland/Cal. Ihr Ansatzpunkt ist das EL. In den frühen Introjekten aus der Primärfamilie sehen sie die eigentliche Krankheitsursache für Psychosen und andere daran angrenzende Erscheinungen. Ihr Ziel ist es deshalb, das EL zu verändern, im äußersten Fall bei Schizophrenen durch dessen völlige Entleerung und Neuprogrammierung, z.B. durch die Introjektion neuer Primärpersonen in der Regression (Neubeeltern). Die Stärke dieses Verfahrens liegt in seinem präzisen Instrumentarium zur Erkennung und Konfrontation der diesen Erkrankungen zugrunde liegenden Denk- und Verhaltensstrukturen (Grandiosität, Abwertung, Denkstörungen, Redefinierung, Passivität; s. *J. Schiff* et al. 1975). Die Cathexis Schule bevorzugt deshalb auch

kognitiv-behavioristische Verfahrensweisen. Ihre Schwäche liegt in der starken Abhängigkeit des Patienten vom Therapeuten sowie in den problematischen Anteilen im Therapeuten selbst, die in dem Verfahren des Neubeelterns unhinterfragt übernommen und in einem Spiegeleffekt noch verstärkt werden können.

3. Die Neuentscheidungsschule

Begründer dieser Schule sind *Robert* und *Mary Goulding*. Zentrum ist das Institut für Gruppen- und Familientherapie auf dem Mount Madonna in Watsonville, südlich von San Francisco. Der Ansatzpunkt dieser Schule ist das K. Sie geht entschieden davon aus, daß nicht die Eltern das Kind „skripten", sondern daß das Kind in Reaktion auf elterliche Einschärfungen ganz unterschiedliche Entscheidungen trifft. Es werden deshalb auch solch wertende Begriffe wie „Schweine-Eltern-Ich" (*Steiner*) oder „Hexen-Eltern-Ich" (*Berne*) abgelehnt (s. dazu auch *Steiner* 1979b; *McNeel* 1979). Was das Kind einmal entschieden hat, kann es auch ändern durch eine Neuentscheidung, wenn man ihm ein Setting bietet, in dem es Unterstützung findet, seine eigene Potzenz zu gebrauchen. Das Interesse ist deshalb nicht darauf gerichtet, das gesamte Skript zu erheben und zu verändern. Man beschränkt sich bewußt darauf, gezielt einige der grundlegenden Entscheidungen zu verändern und damit insgesamt eine Neustrukturierung des Denkens, Fühlens und Verhaltens zu erreichen. (Das Wochenend-Marathon ist ein hierzu entwickeltes Setting, um solche Neuentscheidungen zu vollziehen und erste Erfahrungen damit zu machen.)

Die Stärke dieses Ansatzes liegt in seinem direkten Zugang zur kreativen Dynamik des Kindes. Der Titel eines der Bücher von *Robert* und *Mary Goulding* enthält ihr Programm: „The power is in the patient"(1978). Eine Gefahr könnte darin liegen, daß die kindliche Grandiosität in ihren verschiedenen Ausformungen unkonfrontiert bleibt und noch verstärkt wird, worunter aber eher die Menschen in der Umgebung solch „befreiter Kinder" leiden. Der Weg des Erwachsenwerdens aus der Abhängigkeit über die Gegenabhängigkeit zur Unabhängigkeit und zur Wahrnehmung der gegenseitigen Abhängigkeit (Interdependenz) ist ein länger dauernder und mühsamer Prozeß, der sicher auch die Durcharbeitung und Überprüfung der Neuentscheidungen in der alten Umgebung erfordert (*Symor* 1977).

Ein Prozeß, der quer durch alle Schulen hindurchgeht, ist, daß die TA mit anderen Richtungen heutiger Therapie verbunden wird. TA und Gestalt kombinieren z.B. *Goulding* und *Goulding, English, M. James, Erskine* und *Trautmann*. TA, Bioenergetik und andere Formen

der Körperarbeit verbinden z. B. *Erskine* (1980) und *Cassius* (1975 und 1977), die auch den Begriff des *„Körperskriptes"* verwenden, um auszudrücken, daß die frühen Skriptentscheidungen nicht nur psychisch, sondern auch physisch in den Körperstrukturen (Charakterpanzer, *Reich* 1971) verankert sind und deshalb auch dort gelöst werden müssen. (Zu weiteren Amalgamierungen und Einflußbereichen von TA s. Teil 1, Definition des Verfahrens.)

Man kann deshalb sicher nicht mehr pauschal von *der* TA reden, dazu ist sie ein zu komplexes Ganzes geworden. Diese Vielfalt zeigt sich auch in dem seit 1971 jährlich vergebenen *Eric-Berne-Gedächtnispreis*. Er wird aufgrund einer Wahl aller stimmberechtigten Mitglieder der Internationalen Gesellschaft für TA vergeben für kreative Neuentwicklungen, die ihre Bewährung in der Praxis bestanden haben und damit zum Sollbestand dessen gehören, was ein Transaktions-Analytiker zu kennen und zu können hat.[5)]

Das Ziel der Ausbildung zum Transaktionsanalytiker ist deshalb auch die Entwicklung eines *integrativen Ansatzes*, der dazu anleitet, die Stärken und Schwächen einer jeden Schulrichtung zu erkennen und damit umzugehen.

2.4 Beziehungen des Verfahrens zur „Humanistischen Psychologie"

Berne selbst hat sich nie einer bestimmten Richung oder Schule zugehörig gefühlt (von seiner psychoanalytischen Vergangenheit abgesehen) und großen Wert auf seine Eigenständigkeit gelegt. Er hatte auch eine Scheu, mit anderen Vertretern dieser Richtung (z.B. mit *Fritz Perls*) zusammenzutreffen. *Schlegel* (1979, 245 f) ist jedoch zuzustimmen, wenn er feststellt, daß *Berne* und die TA dem breiten Strom der Humanistischen Psychologie zuzurechnen sind. *Schlegel* faßt a.a.0. die wesentlichen Grundüberzeugungen der H.P. zusammen, die er auch in den *Berneschen* Konzepten des OK-Seins und der Autonomie als anthropologischem Ideal wiederkehren sieht:

„1. Die ‚innere Natur' des Menschen ist gut. ‚Wenn man ihr erlaubt, unser Leben zu leiten, wachsen wir gesund, fruchtbar und glücklich' (*Maslow*).
2. Jeder Mensch, dessen biologische und psychologische Grundbedürfnisse gestillt sind, ist aus eigener Verantwortung heraus zur Selbsteinsicht, zur Selbstverwirklichung und zur Entfaltung der ihm eigenen Möglichkeiten fähig.
3. Ich lebe immer nur im gegenwärtigen Augenblick...

4. Auch Schmerz, Konflikt, Kummer, Zorn und Schuld gehören zum Leben und dürfen demzufolge als Gefühle nicht abgewertet, versteckt und verdrängt werden.
5. Wertvolle Erlebnisse sind solche, die mein inneres Wachstum fördern...
6. Jeder Mensch ist wichtig mit der ihm eigenen Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft, mit seinen ihm eigenen Bedürfnissen und Gefühlen."

Das Böse oder Aggressive im Menschen ist für die Vertreter der H.P. Folge von Frustrationen infolge Nichtbefriedigung der Grundbedürfnisse in der Kindheit bzw. Gegenwart. *Berne* unterscheidet sich von dieser Auffassung, wenn er davon spricht, daß das freie und kreative Kind in uns auch eine grausame und sadistische Seite hat, die Macht über andere ausüben, andere quälen oder sich von anderen beherrschen lassen will. Er nennt diese Seite in uns den *„kleinen Faschisten"*, den es zu erkennen gilt, um nicht von ihm beherrscht zu werden (*Berne* 1975, 268 f). Mit dieser Anerkenntnis einer Schattenseite (*C.G. Jung*) in uns nimmt *Berne* eine Sonderstellung innerhalb der H.P. ein. (Zum Problem des Verhältnisses von Individuum und Gesellschaft s. 3. Menschenbild).

2.5 Gegenwärtige Situation (Verbreitung, Organisation, Form und Struktur der Ausbildung)

TA Organisationen bestehen auf drei Ebenen:

1. Die internationale Dachorganisation ist die *„Internationale TA Association"* (ITAA) mit dem Sitz in San Francisco (1772 Vallejo Street, San Francisco/CA. 94123, USA). Diese Organisation besteht seit 1964. Sie hat gegenwärtig ca. 5600 Mitglieder in 56 Ländern der Erde. Hauptzentren sind in den USA, Kanada, Mittel und Südamerika, Europa, Japan, Indien. TA fand auch in den Ländern des Ostblocks Eingang und Beachtung, wenn auch nicht in organisierter Form. Der ITAA gehört man an durch persönliche Mitgliedschaft; seit 1981 ist auch korporative Mitgliedschaft von regionalen TA Organisationen möglich. Erstes korporatives Mitglied war die „Deutsche Gesellschaft für TA" (DGTA).

2. *„Europäische Gesellschaft für TA"* (EATA). 1975 wurde auf dem 1. Europäischen Kongreß für TA in Villars/Schweiz die EATA gegründet; in ihr arbeiten alle in Europa mit TA befaßten Organisationen und Einzelpersonen zusammen, um gemeinsame Probleme, wie z.B. Ausbildung und Durchführung von Examina, miteinander zu lösen.

3. Im Anschluß an die Gründung der EATA entstand Ende 1975 auch die *„Deutsche Gesellschaft für TA e.V."* (DGTA). Sie ist als gemeinnütziger Verein anerkannt. Sie hat derzeit ca. 500 Mitglieder. Ihr Sitz ist Berlin/West.

Kategorien der Mitgliedschaft in allen drei Organisationen sind:

1. Außerordentliches Mitglied (Voraussetzung ist die Teilnahme an einem offiziellen Einführungskurs in TA, sog. 101-Kurs).

2. Ordentliches Mitglied (stimm- und ausbildungsberechtigt, hat zusätzlich ein schriftliches Examen über den Stoff des 101-Kurses gemacht).

3. Geprüfter und anerkannter „Transaktions-Analytiker", der TA im klinischen bzw. in einem anderen Praxisfeld (z.B. Sozialarbeit, Schule, Kirche) anwendet.

4. Lehrendes Mitglied im klinischen oder einem anderen berufsspezifischen Bereich (TA Supervisor und Instruktor).

Lehrende Mitglieder bieten vier verschiedene *Ausbildungsgänge* an:
1. zum Transaktions-Analytiker im klinischen Bereich;
2. zum Transaktions-Analytiker in einem anderen Arbeitsfeld;
3. zum lehrenden Mitglied in klinischer Anwendung von TA;
4. zum lehrenden Mitglied in anderer berufsspezifischer Anwendung von TA.

Ausbildungskandidaten in den Ausbildungsgängen 3 und 4 tragen die Bezeichnung „vorläufiges lehrendes Mitglied" und können bereits unter Anleitung eines lehrenden Mitgliedes in den Ausbildungsgängen 1 und 2 tätig werden.

Für jeden Ausbildungsgang wird ein eigener Vertrag geschlossen über Inhalte, Dauer und Kosten, der von der ITAA überwacht wird. Der Prozeß der Prüfungen und Anerkennungen wird entsprechend den Richtlinien der WHO von einem eigenen unabhängigen „Board of Certification" (BOC) geleitet. Die Anerkennungsvoraussetzungen haben jeweils auch den regionalen Anforderungen für die Ausübung dieser Tätigkeiten zu entsprechen. Weitere Informationen sind bei der Geschäftsstelle der DGTA zu erhalten (Samerbergweg 3, 8269 Burgkirchen a.d.Alz).

Infolge der (scheinbaren) Einfachheit und leichten Verfügbarkeit wird TA auch von Leuten praktiziert, die keine ordentliche Ausbildung gemacht haben und diesen Organisationen nicht angehören. Um sicher zu gehen, sollte man sich deshalb vor Beginn einer Arbeit mit einem Transaktions-Analytiker nach dessen Voraussetzungen und Anerkennungen erkundigen.

Regelmäßige Publikationen:

Das Organ der ITAA war von 1962 bis 1970 das TA *Bulletin* (TAB). Seit 1971 erscheint das TA *Journal* (TAJ) mit vier Heften jährlich. Seit 1971 erscheint zur Information der Mitglieder auch das „Script" mit 10 Nummern jährlich.

EATA und DGTA informieren ihre Mitglieder durch unregelmäßig erscheinende „Informationen". Das deutsche TA Journal „Neues aus der Transaktions-Analyse" erscheint in lockerer Folge mit Übersetzungen aus dem TAJ und eigenen Arbeiten.

Kongresse:

Alle drei Organisationen führen jährliche Kongresse durch. Der nächste internationale und europäische Kongreß wird als Jubiläumsveranstaltung Ende Juni 1984 gemeinsam in Villars/ Schweiz stattfinden.

3. Menschenbild

Eine explizite Diskussion des transaktions-analytischen Menschenbildes hat es bis jetzt nicht gegeben, da das den Konzepten der TA zugrunde liegende Menschenbild erst aus diesen erschlossen werden muß. Einzelne Hinweise finden sich z.B. bei *Harris* (1973), *Steiner* (1982), *Goulding* und *Goulding* (1979) und *Hagehülsmann* u. *Hagehülsmann* (1983). Eine erste umfassende Darstellung erscheint demnächst von *H. Hagehülsmann* (1984), die uns als Manuskript vorlag. Im folgenden fassen wir unseren Erkenntnisstand in 11 Grundannahmen über den Menschen zusammen, die wir in der TA wirksam sehen.

1. Die tragende Grundannahme des transaktions-analytischen Menschenbildes ist, daß wir alle ok sind, „the most basic assumption of TA theory and practice — I am ok and you are ok" *(Woollams* u. *Brown* 1978,1). Für *Steiner* (1982, 15) bedeutet dies, daß „die Menschen ok geboren" werden, im Unterschied zu *Harris* (1973, 54), der der Meinung ist, die erste Lebenseinstellung des Kindes sei „Ich bin nicht ok, die anderen (die großen Erwachsenen) sind ok". Einig sind sich alle Transaktions-Analytiker jedoch darin, daß die Position des „Ich bin ok, du bist ok" die Grundlage für psychische Gesundheit darstellt.

2. Jeder Mensch ist eine Ganzheit im Blick auf seine Person und Gesamtsituation, denn TA sieht den Menschen als eine Ganzheit:

— von Denken, Fühlen und Verhalten (s. Ichzustände)
— im Zusammenwirken von Innen und Außen, Geistig-Seelischem und Leiblichem (s. Körperskript);
— in seinem Angewiesensein auf den Austausch mit seiner Umwelt, so daß seine Selbstdefinitionen stets auch Definitionen der anderen und der Welt sind;

— in seiner Zeitstruktur als geschichtliches, biographisches Wesen, das in seiner Gegenwart ständig seine Vergangenheit repräsentiert und ausgerichtet ist auf seine Zukunft (s. Skript);
— in seinem Eingebettetsein in die Gesamtheit seiner historischen Zeit mit ihrem kulturellen Erbe (s.kulturelles Skript) und mit den Ereignissen im politischen und sozialen Bereich, die sein Leben bestimmen und mit denen er sich auseinanderzusetzen hat;
— durch die für ihn bestehende Notwendigkeit, ganzheitliche Sinndeutung für sich zu finden durch Antworten auf die Fragen des Woher, Wohin und Wozu seines Lebens (spirituelle Dimension s. *James* u. *Savary* 1977a; *Oden* 1977; *Hagehülsmann* u. *Hagehülsmann* 1983, 1337).

3. Jeder Mensch hat ein Recht zu leben und auf Entfaltung seines Potentials. „Jeder Mensch kommt mit konstruktiven Anlagen auf die Welt, fähig und aus sich selbst bereit, zu wachsen und sich als Person zu verwirklichen" *(H. Hagehülsmann* 1984).

4. Jeder Mensch ist einmalig und er hat — ohne Rücksicht auf die Art seines Verhaltens — einen grundlegenden Kern, der liebenswert und wichtig ist und einen Beitrag zum Ganzen leistet *(Woollams* u. *Brown* 1978,1).

5. Der Mensch als ein „offenes System" (s. 5.1) ist auf Zufuhr und Unterstützung von außen angewiesen, er hat Bedürfnisse. TA hat keine Schwierigkeiten, die von *Maslow* entwickelte „Bedürfnispyramide" zu übernehmen mit ihrer von der Basis her aufsteigenden Stufenfolge von „körperlichen Bedürfnissen", „Schutz und Sicherheit", „Liebe, Zuneigung und Zugehörigkeit", „Selbstachtung und Achtung anderer" und „Selbstverwirklichung" (s. *Babcock* u. *Keepers* 1980, 28). TA betont drei weitere Grundbedürfnisse, die mit den von *Maslow* definierten in einem Zusammenhang stehen: den Hunger nach stimulierender Zuwendung (Streichel-Hunger), nach Zeitstrukturierung (Struktur-Hunger), denn nichts ist ängstigender als unstrukturierte Zeit, und nach dem Finden einer Lebensposition (Positions-Hunger, s. 4.3.), die Orientierung und damit Schutz und Sicherheit vermittelt (*Berne* 1961, 83-89; 1967, 18ff, 72 f; 1975, 33, 82 ff).

6. Der Mensch ist ein verletzliches Wesen, besonders in seinen Kind-Anteilen, die lebenslang präsent bleiben und seine Lebendigkeit ausmachen. Sie sind aber auch sein schwacher Punkt, den er zu schützen sucht. Er baut dazu Systeme auf, innere (wie z.B. Ichzustände, Lebenspositionen) und äußere (wie z.B. Verträge, Sozialstrukturen). Er ist sogar bereit, Teile von sich, Bedürfnisse und Entfaltungsmöglichkeiten zu opfern, um sein Überleben zu sichern. In der Preisgabe solcher

Lebensmöglichkeiten folgt er in etwa der *Maslowschen* Bedürfnispyramide von oben nach unten (*Babcock* u. *Keepers* a.a.O.).

7. Wir stoßen damit auf die Dimension der Entscheidung, die jeder Mensch besitzt. Er ist nicht nur Opfer seiner Situation (der Eltern, Umgebung und Zeitereignisse), sondern kann dazu Stellung beziehen. In diesem Sinne hat er eine Freiheit der Entscheidung und Verantwortung für sein Leben (*Goulding* u. *Goulding* 1981, 15 ff).

8. TA versteht Krankheit deshalb nicht als „Defekt" oder Mangel, sondern als Folge solcher Überlebensstrategien, die dysfunktional geworden sind. Sie sind Ausdruck der Stärke und des Überlebenswillen des Menschen, daher oft auch so schwer zu verändern (*English* 1976a; *Harsch* 1983, 50 ff). TA-Therapie beginnt deshalb nicht selten zur Überraschung des Klienten mit der Anerkennung dieser Stärke, wobei Krankheitsbezeichnungen nicht als Urteile, sondern als diagnostische Hinweise auf die zugrunde liegende Struktur der Überlebensstrategie verwendet werden. TA verneint, daß psychische, psychosomatische und Kommunikationsstörungen eo ipso unheilbar sind und damit zu dauerndem Anderssein bzw. Ausgeschlossensein verurteilen. Sie leugnet damit nicht, daß Leid, Krankheit und Tod zum Leben des Menschen gehören und von ihm anzunehmen sind als Teil seiner Existenz in dieser Welt. TA sieht aufgrund dieses Krankheitsverständnisses jedoch einen fließenden Übergang zwischen „gesund" und „krank".

9. Jeder Mensch hat die Möglichkeit, sich selbst zu verändern, indem er das, was er einmal in einer Situation der Abhängigkeit, Gefährdung und mit den begrenzten Mitteln eines Kindes entschieden hat, durch Neuentscheidung korrigiert. Nicht selten geschieht dies spontan in der Bearbeitung von Lebenskrisen. TA bietet das methodische Rüstzeug, um Situationen zu schaffen, die solche Neuentscheidungen begünstigen. Das Erinnern, Wiedererleben und Verändern alter Erfahrungen ist solch eine Möglichkeit zur Neuentscheidung, die jeder Mensch besitzt (*Goulding* u. *Goulding* 1981).

10. Ziel der transaktionsanalytischen Therapie und Ausdruck ihrer Idee vom Menschsein ist der *autonome Mensch* (*Berne* 1967, 1974, 1975; *James/Jongeward* 1975a; *Steiner* 1982; *M. James* 1977a), der sich von den ihm aufgezwungenen Selbsteinschränkungen und Verstümmelungen befreit hat. Diese Befreiung zeigt sich in drei Fähigkeiten, mit denen Berne beschreibt, was er unter einem „autonomen Menschen" versteht:

1. Er hat die *Bewußtheit* seiner Situation, die er mit allen seinen Sinnen, mit seinen Gefühlen und seinem Denken aufzunehmen in der Lage ist.

2. Er hat die Möglichkeit, mit *Spontaneität* auf diese Situation aus seinem eigenen Wesen heraus angemessen und kreativ zu reagieren.
3. Er ist dabei bereit, sich auf sich selbst, auf andere und die Inhalte seiner Welt in vertrauensvoller Begegnung und Offenheit (*Intimität*) einzulassen, da er nicht mehr von dem übermächtigen Bedürfnis geleitet ist, sich schützen zu müssen.

11. *Berne* sieht im Menschen auch eine negative Seite, die nicht nur in seinem Schutzbedürfnis begründet ist, sondern in seinem Verlangen, Macht über andere auszuüben, sie zu quälen und zu vernichten oder sich selbst zu unterwerfen (s. 2.4, der *kleine Faschist*). In neuerer Zeit haben sich vor allem *Steiner* (1981, 1982) und *Barnes* (1979b) damit befaßt, um Machtspiele in Gruppen, Institutionen und in der Gesellschaft zu konfrontieren und Alternativen dafür zu entwickeln.

Das Menschenbild der TA blieb nicht unhinterfragt. Kritikpunkt war immer wieder, daß dieses Menschenbild ein unpolitisches sei (*Steiner* 1975; *Barnes* 1979a, 202 ff). *Berne* (1971) hatte sich jedoch in Abgrenzung gegen die Radikale Psychiatrie ausdrücklich dagen entschieden, die gesellschaftspolitische Fragestellung mit in seine Zuständigkeit aufzunehmen. Er verstand sich nur als psychotherapeutischer „Kopfmechaniker" (*Berne* 1971). Es wurde jedoch als ungenügend empfunden, daß TA die Folgeschäden deformierender Situationen im politischen und gesellschaftlichen Bereich zu heilen versucht, ohne die Ursachen selbst anzugehen. Autonomie des einzelnen und seine Fähigkeit zur Intimität können deshalb keine ausreichenden und letzten Zielvorstellungen sein, da zum Menschsein auch das Streben nach Gerechtigkeit in *Solidarität* mit den Unterdrückten gehört (*Baute* 1979; *Whitney* 1982). Unter diesem Gesichtspunkt bekommt die Aufnahme von TA in die Arbeitsbereiche von Sozialarbeit, Kirche, Jurisprudenz, Strafvollzug etc. eine ganz neue Bedeutung, da sie eine Erweiterung im Menschenbild erfordert.

4. Persönlichkeitstheorie

4.1 Begriff und Verständnis der Person

a) Das Persönlichkeitsmodell der TA

Im Strukturmodell zeigt *Berne* die Person ausdifferenziert in drei Ichzustände, in *Eltern-Ich* (EL),
Erwachsenen-Ich (ER) und
Kindheits-Ich (K).

Berne definiert einen Ichzustand als *zusammenhängendes System von Gedanken und Gefühlen* (als inneres System), *die mit bestimmten*

äußeren Verhaltensweisen verbunden sind (*Berne* 1961, 31; 1967, 32; 1975, 24; *Trautmann/Erskine* 1981). Er geht davon aus, daß jeder Mensch, bis auf wenige Ausnahmen, alle drei Ich-Zustände besitzt. Sie bestimmen sowohl den „inneren Dialog" eines Menschen wie auch sein Verhalten nach außen (Transaktionen).

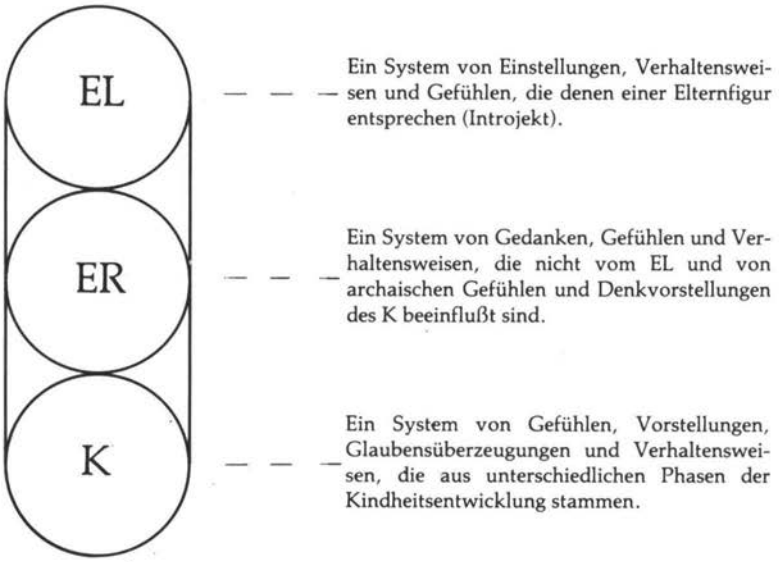


Abb. 1: Strukturmodell der Persönlichkeit

Das *Bernesche* Konzept der Ichzustände scheint *Freuds* Konzept von Es, Ich und Überich eng verwandt. Als bewußtseinsfähige Inhalte sind die Ichzustände jedoch ausschließlich dem zuzurechnen, was *Freud* als „Ich" definiert hat (s. dazu *Federn* 1978). *Berne* meint auch zugespitzt, daß es sich im Unterschied zu *Freuds* abstrakten Konstrukten bei den Ichzuständen um reale Personen handelt, deren Namen man im Telephonbuch findet: die Eltern von damals, das Kind, das ich einmal gewesen bin, und der Erwachsene heute (*Berne* 1961, 31).

Im *Funktionsmodell* werden die unterschiedlichen Verhaltenskomponenten eines jeden Ichzustandes beschrieben:

Wenn sich jemand wie eine *Elternfigur* verhält, kann ihr Verhalten allgemein als „kontrollierend" oder „nährend" beschrieben werden.

Die Verhaltensweisen des *Erwachsenen-Ichs* sind „problemlösend". Der in der TA übliche Vergleich mit der Arbeitsweise eines Computers, der Daten abfragt und Entscheidungen trifft, ist dafür sicher nicht ganz ausreichend.

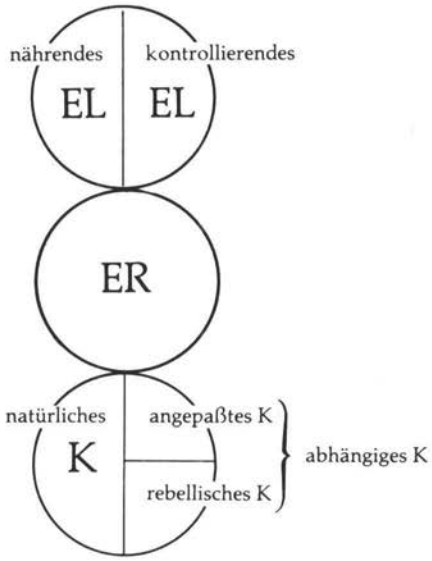


Abb. 2: Funktionsmodell

Im *Kindheits-Ich* zeigen sich Gefühle, Wünsche, Bedürfnisse und Phantasien, die sich entweder in spontanen und natürlichen oder in angepaßten bzw. rebellischen Verhaltensweisen äußern, die aus früheren Entwicklungsstufen stammen. Von den Ich-Zuständen steht jeweils einer als der nach außen sichtbare im Vordergrund. Zwischen den Ich-Zuständen kann es zu einem raschen Wechsel kommen, abhängig von den Veränderungen in der Besetzungsenergie (*Cathexis*).

Berne unterscheidet drei Formen von *Besetzungsenergie* (*Berne* 1961, 40 f): gebundene, ungebundene und freie Energie. Die gebundene Energie ist als potentielle Energie in der Struktur des Ich-Zustandes vorhanden. Die ungebundene Energie wird durch Stimulation von außen aktiviert und freigesetzt. Die freie Energie wird durch bewußte und wil-

lentliche Entscheidung einem Ichzustand zugeteilt. Der Ichzustand, in dem die größte Menge an freier Energie sich befindet, wird als das „wahre Selbst" erlebt. Der Ichzustand mit der größten Menge an aktiver Energie (ungebundener und freier) hat die „Exekutive", d.h. er bestimmt das Handeln eines Menschen. Ist das „wahre Selbst" und die „Exekutive" in einem Ichzustand vereinigt, erlebt sich der Mensch als *ich-synton*, im Falle der Verteilung auf zwei verschiedene Ichzustände als *ich-dyston* .

Beispiel:

Berne (1961, 41) beschreibt den Fall von Mrs. Tettar, die an einer Zwangssymptomatik leidet. Wenn sie beschwerdefrei ist, enthält ihr K nur gebundene Energie, das ER hat die Exekutive und erlebt sich als „wahres Selbst", da in ihm die größte Menge aktiver Besetzungsenergie (ungebundene und freie) vereinigt ist. In ihrer neurotischen Phase, wenn sie zwanghaft ihre Hände waschen muß, ist das „wahre Selbst" noch im ER, die Exekutive jedoch im K (seine ungebundene Energie ist stärker als die verbleibende aktive Cathexis im ER). Die Zwangshandlung wird von ihr als Fremdbestimmung, d.h. als ich-dyston erlebt. Im psychotischen Stadium ist die Exekutive und das „wahre Selbst" im K vereinigt. Sie erlebt sich dann in ihrer wahnhaften Verfassung wieder als ich-synton.

J. Dusay (1977) hat im *Egogramm* eine interessante und therapeutisch nutzbare Form gefunden, die unterschiedlich starke Energiebesetzung der Ichzustände sichtbar machen. Egogramme werden aufgrund von Eigeneinschätzung und intuitiver Fremdwahrnehmung erstellt. *Dusay* hat ein reiches Repertoire an Interventionen und Übungen entwickelt, um unterbelichteten Ichzuständen mehr Energie zuzuführen. Nach dem Gesetz der *„Konstanz der Energie"* reduzieren sich damit überwertige Ichzustände von selbst. Das „Ideal" der Energieverteilung der gesunden Person stellt er sich so vor:

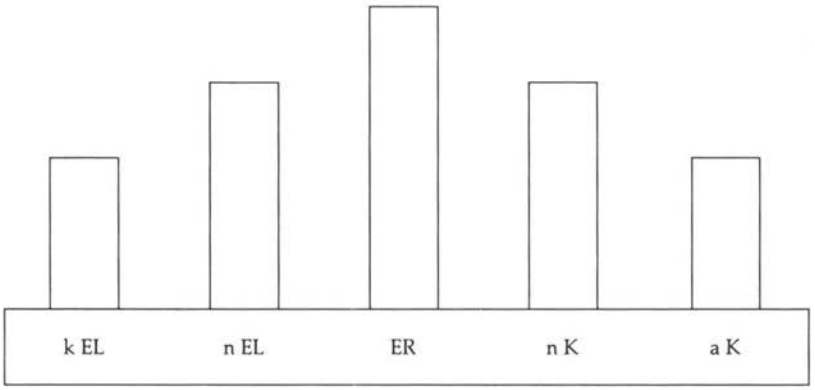


Abb. 3: Egogramm nach J. Dusay

Jeder Mensch hat ein für sich charakteristisches *Egogrammprofil*, das zu seiner Eigenartigkeit und Einmaligkeit in der Mischung seiner Ichzustände gehört. Er kann dies verändern, wenn er es will.

b) Kommunikationsmodell

Als Sozialpsychiatrie versteht die TA den Menschen als ein im Austausch mit anderen befindliches Wesen. Solche Interaktions- und Kommunikationsvorgänge werden sehr differenziert gesehen als Austausch der Ichzustände miteinander mit einer großen Zahl von Wahlmöglichkeiten (s. *Karpman* 1971). Die Grundeinheit eines Kommunikationsvorganges bildet die *Transaktion*. Sie besteht aus der Abfolge von einem Reiz und darauf folgender Reaktion. *Berne* unterscheidet drei Formen von Transaktionen: *komplementäre (parallele)*, *gekreuzte* und *verdeckte* (1961, 90 ff; 1967, 36; 1975, 26).

1. Eine *komplementäre* (parallele) Transaktion ist dann vorhanden, wenn die Reaktion aus dem angesprochenen Ichzustand erfolgt, Sie kann symmetrisch (z. B. ER ↔ ER) oder asymmetrisch (z. B. EL ↔ K) sein.

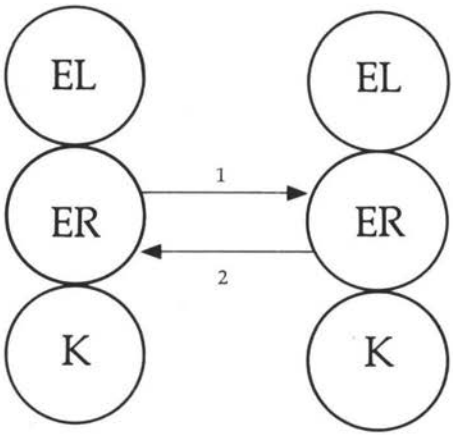


Abb. 4: Komplementäre Transaktion

1. Hast du schon den Abfalleimer hinausgestellt?
2. Ich habe ihn schon vor dem Frühstück hinausgestellt.

1. Kommunikationsregel: Bei komplementären Transaktionen läuft die Kommunikation reibungslos und kann unendlich lange dauern.

2. Eine *gekreuzte* Transaktion ist dann vorhanden, wenn die Reaktion aus einem anderen als dem angesprochenen Ichzustand kommt. Bei einer Reaktion von K ↔ EL spricht *Berne* von Übertragungs-Reaktion, da sie am häufigsten in der Therapie vom Klienten zum Therapeuten vorgenommen wird. Die Reaktion EL ↔ K nennt er entsprechend Gegenübertragung.

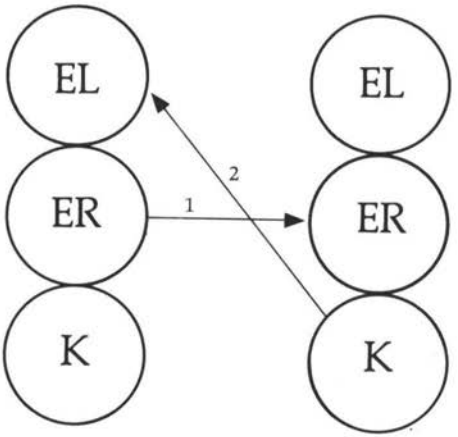


Abb. 5: Gekreuzte Transaktion vom Typ „Übertragung"

1. Hast du schon den Abfalleimer hinausgestellt?
2. Immer mußt du an mir herumnörgeln (rK → EL).

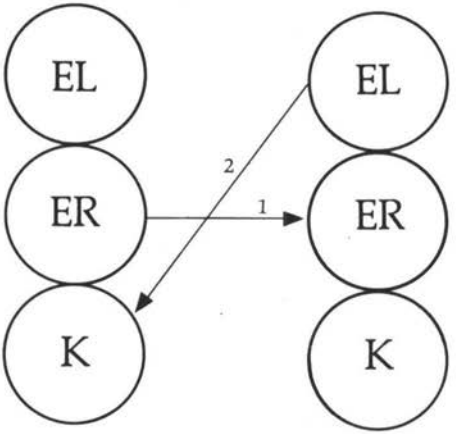


Abb. 6: Gekreuzte Transaktion vom Typ „Gegenübertragung"

1. Hast du den Abfalleimer schon hinausgestellt?
2. Mach dies doch selbst! (EL → aK).

2. *Kommunikationsregel:* Gekreuzte Transaktionen beenden die einverständliche Kommunikation und/oder ändern das Thema.

3. *Verdeckte* Transaktionen sind dann vorhanden, wenn mehr als ein Ichzustand angesprochen wird.
Es gibt deren zwei:
a) die verdeckte anguläre und
b) die doppelte verdeckte Transaktion

a) *Verdeckte anguläre Transaktion:* Von einem Ichzustand aus werden zwei Ichzustände des Partners angesprochen.

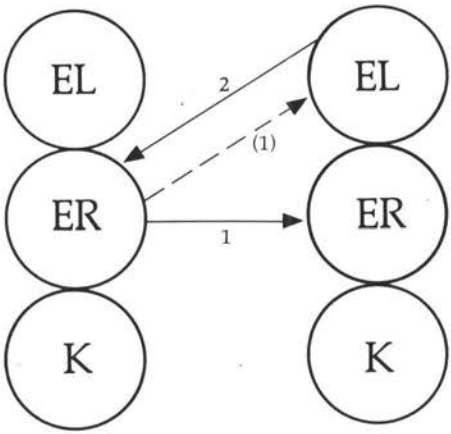


Abb. 7: Verdeckte anguläre Transaktion

1. Autofahrer, der einen Strafzettel an seinem Auto findet, zum Polizisten: Ich weiß, Sie tun nur Ihre Pflicht.
(verdeckt): Ich mache Ihnen auch keine Schwierigkeiten, haben Sie Nachsicht mit mir.
2. Polizist: Gut, diesmal drücke ich noch ein Auge zu.

b) *Doppelte verdeckte Transaktion:* Bereits beim Sender sind schon zwei Ichzustände beteiligt.

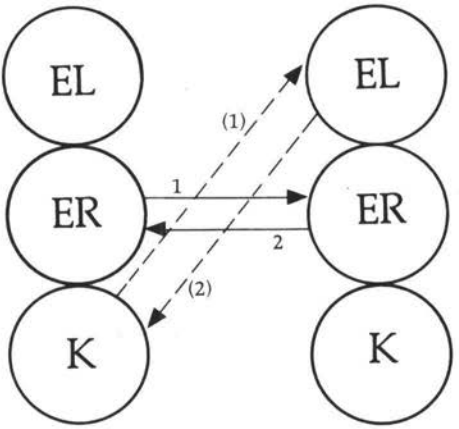


Abb. 8: Doppelte verdeckte Transaktion

1. Johanna: Ich möchte heute abend mit dir tanzen gehen.
   (verdeckt): Ich weiß ja schon, daß es nichts werden wird.
2. Robert: Ich habe noch zu arbeiten (lächelt dabei).
   (verdeckt): Meine Verpflichtungen sind wichtiger als dein Spaß!

3. Kommunikationsregel: Bei verdeckten Transaktionen gibt es zwei Ebenen: 1. die zutage liegende soziale und 2. die verdeckte, psychologische Ebene. Diese ist stärker und auf sie erfolgt auch die Reaktion. Verdeckte Transaktionen können psychologische Spiele einleiten (s. dort).

c) *Formen der Zuwendung und Zeitstrukturierung*

Berne's zentrale Frage war: Warum nehmen Menschen miteinander Kontakt auf? Er sieht die Antwort in ihrem Hunger nach Stimulation. Dabei bezieht sich Berne auch ausdrücklich auf die Forschungen von *R. Spitz* , der nachwies, daß Babies ohne ausreichende Zuwendung im Marasmus dahinwelken (*Berne* 1961, 63; *Spitz* 1945). Eine Form der Sublimierung des Stimulationshungers sieht *Berne* in dem Hunger nach Anerkennung und Zuwendung. Die primäre Form solcher Anerkennung (als Anerkennung der Gegenwart eines Menschen) ist für das Baby das Gestreicheltwerden. „Stroke" (Streichler, Streicheleinheit) ist

deshalb die Grundmaßeinheit für Zuwendung in der TA. Später lernt der Mensch auch andere, mehr sublimierte Formen von Streicheln durch Worte, Blicke, Belohnungen etc. zu akzeptieren. Alte Menschen sind dagegen wieder sehr auf körperlichen Kontakt angewiesen.

TA unterschiedet vier Formen der Zuwendung:

1. bedingungslos positive:	Ich liebe dich!
2. bedingt positive:	Ich mag dich, wenn ...
3. bedingt negative:	Ich mag dich nicht, wenn ...
4. bedingungslos negative:	Ich hasse dich!

Jeder Mensch entwickelt auf Grund der Art und Weise, wie er gestreichelt worden ist, sein spezifisches, ihm eigenes *Streichelmuster*, wie er andere streichelt, bzw. wie er andere veranlaßt, ihn zu streicheln (*Steiner* 1971b). Dieses Streichelmuster dient wesentlich dazu, die frühen Skriptentscheidungen abzusichern (s. Skript). Da negatives Streicheln zu bekommen besser ist als Übersehen-werden, suchen viele Menschen immer wieder negatives Streicheln durch Dummspielen, Versagen, Straftaten, Unfälle usw.

Ein weiteres, damit im Zusammenhang stehendes Bedürfnis des Menschen sieht *Berne* darin, daß für ihn eine Notwendigkeit besteht, seine Zeit zu strukturieren (Strukturhunger). Die Art und Weise der Zeitstrukturierung bestimmt er jeweils nach dem von ihm gewählten Streichelmuster, denn jede Art von Zeitstrukturierung vermittelt eine bestimmte Weise und ein spezifisches Quantum an Zuwendung. *Berne* unterscheidet danach sechs Arten von Zeitstrukturierung (Abb. 9).

4.2 Entwicklungstheorie

Transaktions-analytische Entwicklungstheorie ist vorwiegend an der Entwicklung der Ichzustände und ihrer Subsysteme interessiert. *Berne* verdeutlicht dies in der Strukturanalyse 2. Ordnung (*Berne* 1961, 191 ff; 1975, 25; u.a.). (In der Cathexis-Schule gibt es noch eine Stukturanalyse 3. Ordnung mit den frühesten Strukturen von K_0, ER_0 und EL_0).

Zum Zeitpunkt der Geburt ist nur K_1 vorhanden (das biologische Kind). Es ist die Basis unserer Lebendigkeit, in der Biologisches und Psychologisches noch ineinander liegen im Sinne eines Körper-Ichs. Es ist außerdem Sitz unserer Grundbedürfnisse nach Nahrung, Gestreicheltwerden und Angenommen sein.

Zeitstruktur	positiver Aspekt	negativer Aspekt
Rückzug	Schlaf, Meditation, Tagträume, sich selbst streicheln, etc.	Sich zurückziehen, Selbstvorwürfe machen
Ritual	Gesellschaftl. garantierte Form von Zuwendung	Sich hinter gesellschaftliche Rituale zurückziehen
Zeit-vertreib	Gespräche über den Gartenzaun, im Wartezimmer; Spiele, Hobbys, Sport etc.	In Oberflächlichkeiten stehen bleiben
Aktivität	Arbeit, Hobbys, Erfahrungen von Kompetenz, Zusammenarbeit mit anderen	Füllt die ganze Zeit aus, verhindert intensivere Begegnungen
Psychologische Spiele	Vermitteln intensiven negativen Streichelaustausch	Destruktiv für die Beziehungen und den einzelnen. Setzen negative Skriptentscheidungen fort.
Intimität	Offene, vertrauensvolle Begegnung mit Menschen und geistigen Inhalten der Gegenwart und Vergangenheit	Vermeidung der Tatsache, daß zum Nahesein auch die Distanz und das Unterschieden sein gehört

Abb. 9: Die sechs Formen der Zeitstrukturierung

Mit acht bis zehn Monaten entwickelt sich ER_1, auch „kleiner Professor" genannt. Mit unersättlicher Neugier, mit Beharrlichkeit und Kreativität ausgestattet, sucht er seine Umgebung zu erforschen, physikalisch und psychologisch. ER_1 ist Sitz unserer Intuition, die uns hilft, Situationen und nonverbale Mitteilungen blitzartig zu erfassen.

Vom 6. Monat an entwickelt sich EL_1 als Schutz- und Steuerungssystem. Es ist Speicher früher elterlicher Einflüsse und Entscheidungen des Kindes, mit denen es sich seiner Umgebung anpaßt, um sein Überleben zu sichern. *Berne* nannte EL_1 auch die „Elektrode" (1975, 108 ff; u.a.), da seine Kontrolle über spontane Regungen des K_1 sich auswirkt wie der Schlag einer Elektrisiermaschine. Weitere Bezeichnungen wie „Hexen-Eltern-Ich" (*Berne*) oder „Schweine-Eltern-Ich" (*Steiner*) sollen diesen Sachverhalt der einschränkenden Wirkung auf das Kind beschreiben; dabei wird jedoch übersehen, daß das Kind nicht nur Opfer der elterli-

chen Beeinflussung ist, sondern daß das EL_1 eine Elternimago des Kindes ist, um sich im Sinne seines Überlebens zu steuern. Diese beiden Begriffe werden deshalb von den meisten Transaktions-Analytikern nicht mehr verwendet (vgl. die Kontroverse *Steiner* 1979b, *McNeel* 1979).

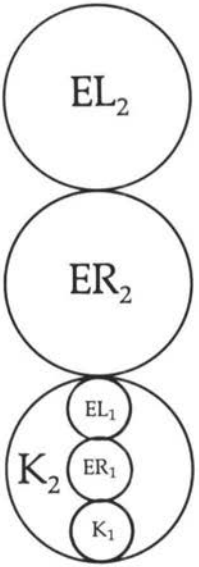


Abb. 10: Strukturanalyse 2. Ordnung

Mit ca. 3 Jahren hat das K_2 seine volle Funktionsfähigkeit erreicht. EL_2 beginnt sich mit 3 Jahren zu entwickeln und ist mit ca. 7 Jahren voll ausgebildet. ER_2 hat seine Anfänge etwa mit dem Beginn der Schulzeit; als System analytisch-logischen Denkens ist es jedoch erst mit etwa 12 Jahren funktionsfähig (vgl. dazu *Piaget* 1969).

Mit der Entwicklung der Ichstrukturen höherer Ordnung werden die früheren nicht abgebaut, sie bleiben weiterhin aktiv (wie z. B. in der intuitiven Wahrnehmung, in Kreativität und in den Grundbedürfnissen), sie sind veränderbar und können im Falle von Fixierungen und Regressionen auch die Führung wieder übernehmen.

Ein weiteres strukturanalytisches Entwicklungskonzept wurde von der *Cathexisschule* in dem Modell der *„Symbiose"* entwickelt. Es bil-

det die Grundlage für ihr Verständnis von Psychopathologie, bes. von den in den frühesten Erfahrungen verankerten psychotischen Erkrankungen (s. 5.2.1 c).

In der gesunden Symbiose ist eine (oder mehrere) Elternfigur vorhanden, die für das kleine Kind sorgt und denkt (EL und ER einsetzt). Im Konfliktfall geht das äußere Kind vor dem „inneren Kind" der Pflegeperson (z.B. wenn es darum geht, nachts aufzustehen, wenn das Kind schreit). Zusammen bilden sie damit eine vollständige Person. Erziehung ist der Prozeß der stufenweisen Auflösung der Symbiose, bis zwei selbständige, erwachsene Personen in einer partnerschaftlichen Beziehung einander gegenüberstehen. (Dieser oft krisenhaft verlaufende Prozeß ist ausführlich beschrieben bei *Babcock/Keepers* 1980).

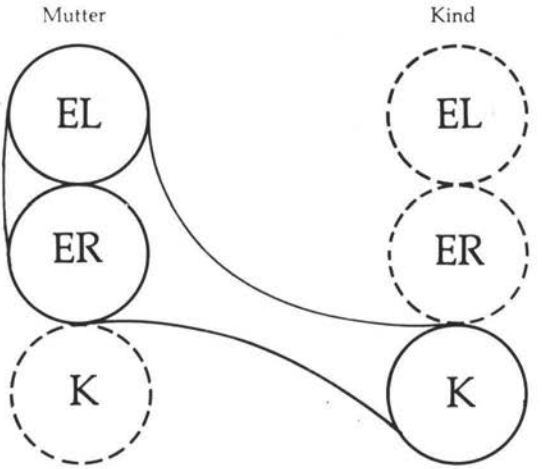


Abb. 11: Symbiose zwischen Mutter und Kind

English (1976b, 1980b) hat *Federn's* und *Berne's* Ansatz wieder aufgenommen, daß im Kindheits-Ich eigentlich viele Kindheits-Ichzustände vorhanden sind aufgrund von Fixierungen auf verschiedenen Altersstufen. Eines ihrer Diagramme des K_2 sieht deshalb aus wie

eine Baumscheibe mit Wachstumsringen (1980b, 197). Die Buchstaben in Klammern stellen die Überlebensschlußfolgerungen dar, die das Kind im Laufe seiner Entwicklung trifft. Je früher sie getroffen werden, desto wirksamer und schwerer auflösbar sind sie. Sie können einander verstärken oder auch im Widerspruch zueinander stehen.

English (1980b) beschreibt insgesamt 7 *Entwicklungsabschnitte* in der Entfaltung der Subsysteme in K_2:

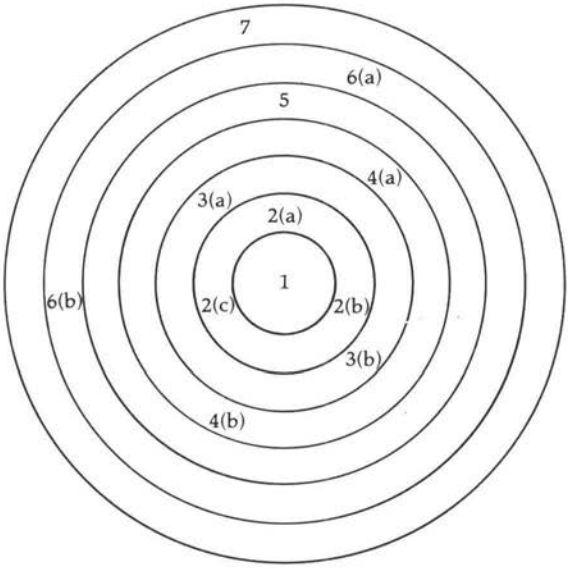


Abb. 12: K_2 nach *English* (*English* 1980b, *197*)

1. 0-3 Monate, *Säugling* : Entwicklung des coenästhetischen Systems. Der Säugling empfängt mehr durch Schwingungen als durch direktes Streicheln Botschaften wie: „Komm herein in diese Welt, wir freuen uns über dich!' oder „Geh zurück, wo du hergekommen bist!" (s. auch *Spitz* 1945).
2. 3-8 Monate, *Baby* : Von der Allmacht zur Ohnmacht. Entwicklung der taktilen Wahrnehmung.
3. 8-14 Monate, *erforschender Krabbler* : Die Macht der Mobilität.
4. 14-24 Monate, *Sprecher und Läufer.*

5. 2-3 Jahre, *Widerständler*: Kontroverse und Kontrolle. In dieser Phase spielt Scham eine große Rolle, werden vor allem kulturelle Normen vermittelt und Ersatzgefühle (Rackets) gelernt.

6. 3-4 Jahre, *Positionsbildner* : In dieser Phase wählt das Kind eine der vier existentiellen Positionen, mit denen es weiterhin dem Leben begegnen will und mit deren Hilfe es all seine Erfahrungen definiert. Diese vier Positionen sind:
   (1.) *Ich bin ok, du bist ok.* Urbild für diese Position der Gesundheit ist der Säugling auf dem Arm seiner Mutter: Er erlebt, daß seine Bedürfnisse angenommen und befriedigt werden; die Mutter erlebt in dieser Beziehung ihre Kompetenz und Bestätigung.
   (2.) *Ich bin ok, du bist nicht ok:* die paranoide Position.
   (3.) *Ich bin nicht ok, du bist ok:* die depressive Position.
   (4.) *Ich bin nicht ok, du bist nicht ok,* das Leben, die Welt sind nicht ok: die Position der Verzweiflung.
   Nach *English* gehört es zur Entwicklung des Kindes, daß es alle vier Positionen durchläuft, die Frage ist nur, wo es auf Grund seiner Erfahrungen den Schwerpunkt bildet. Die Positionen 2 und 3 sind Abwehrpositionen gegen die 4., die Position der Verzweiflung.

7. 4-7 Jahre, *Skriptbildner*: Auf Grund seiner Vorgeschichte entwickelt das Kind einen Lebensplan, wie es sein Leben gestalten möchte. Märchen, Mythen, Geschichten etc. saugt es in diesem Alter auf, um daraus Elemente für seinen eigenen Lebensentwurf zu gewinnen.

English ist der Meinung, daß das Skript eines jeden Menschen die Intention zu einem für ihn positiven Ziele hat. Ihre therapeutische Absicht ist es deshalb, die negativen Auswirkungen des Skriptes heute bewußt zu machen und zu verändern und seine positiven Seiten zu verstärken. Andere Transaktions-Analytiker (*Berne, Steiner* u.a.) sind der Meinung, daß nur die einschränkenden Entscheidungen das „Skript" bilden. Sie streben deshalb die Auflösung des Skriptes und die Skriptfreiheit an (weiteres zum Skript s. 5.2.3).

4.3 Konzepte zur Lebensspanne

Dadurch, daß die Eltern durch ihre Ermahnungen versuchen, die negativen Folgen der Skripteinschärfungen zu korrigieren, kommt in der Zeit zwischen 7 und 12 Jahren das Gegenskript hinzu. In der Puber-

tätszeit erfolgt noch einmal eine regressive Wiederbelebung der frühen Skriptbildungsvorgänge mit der Chance seiner Auflockerung und Neuorganisation. In der Adoleszenz wird das Skript für die nächsten Jahre neu formiert. Jeder weitere Lebensabschnitt, z.B. der Vorgang des eigenen Eltern-werdens und des Erziehens der eigenen Kinder, stellt vor die Notwendigkeit, die auf den jeweiligen Altersstufen im eigenen Skript getroffenen Entscheidungen neu zu überprüfen (ausführlich bei *Babcock/ Keepers* 1980; zu den weiteren Phasen der Lebensspanne *E.H. Erikson* 1975).

Unterschiedlich wird die Frage beurteilt, ob so alte Ichzustände wie K und EL später im Leben noch veränderbar, d.h. lernfähig sind. Z.B. *English* (laut mündlicher Mitteilung) und *M. James* (1974b) sind der Meinung, daß dies der Fall ist. Abweichend davon ist, was *Berne* als „integriertes ER" beschreibt (1961, 194 f), das EL- und K-Qualitäten in sich aufgenommen hat, was etwas anderes ist als eine „Trübung": Diese „integrierte" Person ist von gewinnendem „Charme" und „mutig" und hat „Gefühle der Verantwortlichkeit dem Rest der Menschheit gegenüber, die man allgemein unter den klassischen Begriff des ‚Pathos' faßt" (K-Qualitäten). Sie hat auch „moralische Qualitäten, die man universell von Erwachsenen erwartet, ... solche Eigenschaften wie Mut, Ernsthaftigkeit, Loyalität und Verläßlichkeit, die nicht nur lokale Eigenheiten betreffen, sondern ein weltweites „Ethos" (EL-Qualitäten). Hinzu kommt die Fähigkeit zur „objektiven Verarbeitung von Fakten" (ER-Qualität). „Diese ‚integrierte' Person *ist* charmant etc. und mutig etc. in ihrem ER-Zustand, ob sie diese Qualitäten in ihrem K und EL hat oder nicht. Die ‚unintegrierte' Person jedoch kann nur mit Hilfe eines Rückgriffs charmant sein und fühlen, daß sie mutig sein *sollte*" (1961, 195, dt. Übers. v.d. Verf.).

4.4 Individuum und Gesellschaft

Die Gesellschaft wirkt auf das Kind und die Entwicklung seiner inneren Systeme über die Erziehungspersonen ein. Das Kind übernimmt in sein EL z.B. die gesellschaftlichen Wert- und Normvorstellungen, in sein ER die Programme dafür, wie man sie auslebt (z.B. in den verschiedenen Ausformungen der Geschlechterrollen), in sein K z.B., was die gesellschaftlich erlaubten oder nichterlaubten Gefühle sind. Die TA spricht deshalb auch von einem *kulturellen Skript* (z.B. *Berne* 1975, 242 ff; *M. James* 1973b; *Roberts* 1975b; *White* u. *White* 1975; *T. White* 1980; weiteres zum Thema Individuum und Gesellschaft s. 3. und 7.3.2 und 10).

5. Theorie der Psychotherapie

5.1 Erkenntnis- und wissenschaftstheoretische Grundlagen

Herzog (1982, 14-16) beschreibt in seiner wissenschaftstheoretischen Reflexion das Minimalmodell des psychotherapeutischen Feldes unter den drei Gesichtspunkten:

1. seiner interaktiven Natur;
2. seiner Handlungsorientierung (Praxeologie);
3. seiner Grundannahme der Veränderbarkeit des Menschen.

Die TA erfüllt die beiden ersten Anforderungen in besonderem Maße, da sie

— als Sozialpsychiatrie die interaktionalen und transaktionalen Prozesse — gerade auch die zwischen Klient und Therapeut — zum Gegenstand ihrer Betrachtung macht;
— im Bereich der Praxeologie mit ihrer Fülle von Handlungsangeboten ihre besondere Stärke hat.

Das Problem der TA liegt eher in Punkt 3, nämlich in der Wahl eines angemessenen Modells für die Sicht des Menschen in seiner Veränderbarkeit. *Herzog* (a.a.O. 16 f) benennt dafür drei häufig in der Psychotherapie verwendete Modelle:

1. das ganzheitlich-organismische Modell, das die „innere" Regenerationsfähigkeit des Menschen betont und seine „Potenz" zur Personintegration;
2. das mechanistische Menschenmodell, das den Menschen mehr als maschinenartiges Assoziationsgefüge sieht, das beliebig aufgebrochen und lokal repariert werden kann;
3. das rationale Menschenmodell, das die Störung als Manifestation irrationaler kognitiver Verarbeitungsprozesse versteht, die es zu korrigieren gilt.

Die TA läßt sich in Teilen allen drei Modellen zuordnen:

Der frühe *Berne* und die Cathexis Schule haben als ein Hauptziel ihrer Arbeit die Korrektur irrational verlaufender kognitiver Prozesse (Modell 3) mit Hilfe der Enttrübung (s. 5.2.1) des ER.

Wenn sich *Berne* als fokal arbeitender „Kopfmechaniker" beschreibt (1971), der Schrauben im Gehirn repariert, dann versteht er sich und seine Klienten im Zusammenhang von Modell 2.

Das ganzheitlich-organismische Modell findet sich ausgesprochen in der Neuentscheidungsschule von *R.* und *M. Goulding* („The power ist in the Patient" 1978; s. auch *H. Hagehülsmann* 1984).

Dieser Widerspruch löst sich, indem wir zu *Herzogs* drei Modellen ein viertes einführen, nämlich das aus der Kybernetik stammende Menschenbild eines *biologisch-psychologischen offenen Systems* (*Bertalanffy* 1950a, b), das aus einem komplexen System miteinander verbundener Teil- oder Subsysteme besteht, und das in systemischem Austausch steht mit anderen Systemen in seiner Umgebung im Sinne gegenseitiger Beeinflussung.

Gesundheit kann in diesem Modell definiert werden als der Zustand, in dem die Teil- und Subsysteme mit dem ganzen System und untereinander und das Gesamtsystem Mensch mit anderen Menschen „durch die verschiedenen leitenden Verbindungen gegen einander offen sind, miteinander ‚kommunizieren', sich in ständiger Wechselwirkung befinden" (*Metzger* 1975, 322).

Krankheit kann demnach gesehen werden als Störung des Gesamtsystems:

— infolge Verletzung eines Teil- oder Subsystems;

— als Ausschluß von Teil- oder Subsystemen oder mangelhafte Verbindung zwischen diesen;

— als Kurzschluß innerhalb des Systems, was zu immer gleichförmig ablaufenden destruktiven und dysfunktionalen Zirkelschlüssen führt im Sinne eines „geschlossenen Systems".

Die *Diagnose* hat dann die Aufgabe, Art und Lokalisation der Störung im System zu bestimmen.

Ziel der Therapie ist es, das Gesamtsystem wieder zu öffnen und funktional zu machen, z. B. durch Aktivierung und Wiederverbindung von Teil- bzw. Subsystemen. Deshalb muß nicht immer das ganze System aufgedeckt und verändert werden, es genügen oft gezielte Veränderungen in einem Teil- bzw. Subsystem, um das ganze wieder zu öffnen und in Gang zu bringen.

Die TA selbst läßt sich in ihrer Entstehung, als Gemeinschaft von Therapeuten und in ihrem „body of knowledge" selbst als ein solches „offenes System" verstehen, das in ständiger Weiterentwicklung und im Austausch mit anderen Systemen begriffen ist. „Damit entspricht die Methode dem Gegenstand und der Gegenstand der Methode (Adäquatheitsprinzip). Anders ausgedrückt: Der Mensch als lebendiges, wachstumsorientiertes Wesen kann nur in einem Therapiemodell dargestellt werden, dessen Struktur dieselben Merkmale besitzt" (*H. Hagehülsmann* 1984).

5.2 Psychopathologie

Psychopathologie wird entsprechend diesem theoretischen Ansatz auf den verschiedenen Systemebenen beschrieben.

5.2.1 Psychopathologie im System EL, ER, K

a) Strukturale Pathologie

Berne beschreibt die strukturale Pathologie unter den beiden Gesichtspunkten von *Trübung* und *Ausschluß* (*Berne* , 1961, 44-51).

Eine *Trübung* (Kontamination) ergibt sich dann, wenn das ER in seiner Funktionsfähigkeit vom EL und/oder vom K her beeinträchtigt wird. Die Person meint dabei, aus ihrem ER zu reagieren, bei genauerer Analyse wird aber sichtbar, daß es sich um EL- bzw. K-Inhalte handelt. Trübungen des ER durch das EL bewirken, daß Vorurteile und überkommene Verhaltensweisen als unhinterfragbare Realitäten genommen werden. In schwereren Fällen treten Halluzinationen auf, da EL-Inhalte als äußere Realität (Stimmen) wahrgenommen werden.

Trübungen des ER durch das K bewirken übertriebene Ängste, Phobien und Wahnvorstellungen.

Beispiel für eine Doppelkontamination:

Frau S. möchte gerne Abendkurse besuchen, setzt ihren Wunsch jedoch nicht in die Tat um, weil sie Angst davor hat, am Abend ohne ihren Mann nachhause zu fahren. Sie malt sich in immer schlimmeren Szenen aus, was alles passieren könnte (EL-Trübung: Die Welt ist voller Gefahren!). Sie vermehrt dadurch das Dilemma zwischen Wunsch und Angst (K-Trübung) und wird immer unfähiger, ihr Problem zu lösen.

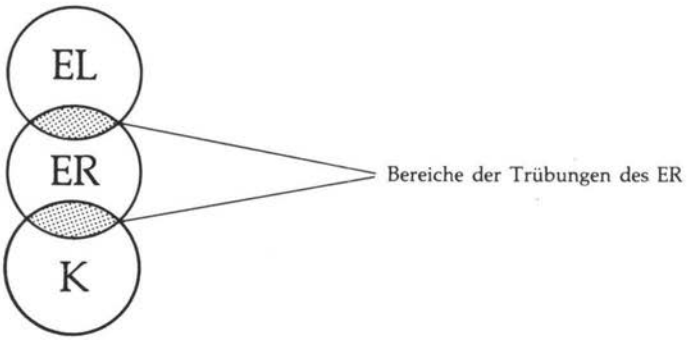


Abb. 13: Trübungen (Kontaminationen) des Erwachsenen-Ichs

Eine schwerwiegende strukturale Pathologie stellt der *Ausschluß* (Exklusion) von einem oder zwei Ichzuständen dar. *Berne* (1961, 44) beschreibt den Ausschluß als stereotype vorhersagbare Haltung, die so lange als möglich angesichts einer als bedrohlich erscheinenden Situation aufrechterhalten wird.

Bei dem doppelten Ausschluß tritt jeweils ein Ichzustand als „konstanter" bzw. „ausschließender" in Erscheinung. Bei konstantem EL tritt eine Person elternhaft (z. B. autoritär und/oder stets sorgend) auf, wie es manchmal bei Pastoren, Lehrern, Offizieren zu beobachten ist, wenn sie sich dem Stereotyp ihres Berufsstandes entsprechend benehmen. Eine Person mit konstantem ER wirkt trocken, ausschließlich an Sachfragen orientiert, alle emotionalen Regungen negierend. Eine Person mit konstantem K verhält sich unverantwortlich (z. B. rücksichtslos oder hilflos) wie ein kleines Kind.

Es kann auch nur ein Ichzustand ausgeschlossen sein: Menschen mit ausgeschlossenem EL sind z. B. rücksichtslos, nur auf den eigenen, kurzfristigen Vorteil bedacht und „gehen über Leichen" (charaktergestört). Wird das ER ausgeschlossen, pendelt die Person zwischen K und EL hin und her, ohne Bezug zur Realität, wie z. B. in der Psychose. Wird K ausgeschlossen, so wirkt der Mensch trocken, ohne Charme und Gefühlsregungen.

Der Ausschluß von einem oder zwei Ichzuständen ist eine Notmaßnahme im Interesse des Überlebens in bedrohlichen Situationen und stellt oft eine Kompensationsstrategie dar, durch welche zugrundeliegende destruktive Botschaften unter Kontrolle gehalten werden.

b) Funktionale Pathologie

Als funktionale Pathologie bezeichnet *Berne* (1961, 50 f) Zustände, in denen der Ichzustand zu langsam bzw. zu schnell gewechselt wird. Bemerkbar sind solche Erscheinungsbilder, wenn eine Person z. B. nach intensiver Arbeit nicht auf Freizeit und Entspannung umschalten kann. Dieses zähe Festhalten an der einmal bezogenen Einstellung wirkt auf andere unpassend und befremdend. Auch der zu schnelle und abrupte Wechsel zwischen den Ichzuständen bewirkt bei anderen Irritation, da sie nicht so recht wissen, woran sie eigentlich sind. *Berne* sieht die Ursache dafür in zu starren bzw. zu labilen Ichzustandsgrenzen mit zu geringer bzw. zu großer Permeabilität.

Ähnliche Erscheinungen treten auf, wenn Ichzustandsgrenzen durch ein Trauma verletzt sind. Durch einen harmlosen Reiz, der dieses Trauma stimuliert, kann es dann zu einer plötzlichen Regression vom ER ins K kommen, was manchmal z. B. bei anamnestischen Gesprächen zu beobachten ist.

c) Symbiotische Pathologie

Die *Cathexis Schule (J. Schiff* et al. 1975; *J. Schiff, A. Schiff, E. Sigmund (Schiff)* 1977) sieht in den schweren psychischen Störungen, mit denen sie sich befaßt, die Dynamik am Werk, symbiotische Beziehungen auch im Erwachsenenalter fortzusetzen und zu erzwingen (s. 4.2 Symbiose). Ursächlich dafür ist, daß die ursprüngliche Symbiose gestört oder nicht angemessen gelöst wurde. Solche Menschen tendieren dann dazu, ihre internen und externen Vorgänge auf die Aufrechterhaltung dieser Beziehungsstruktur auszurichten. Symbiose kann von zwei Positionen her gelebt werden: von der Eltern- und der Kindposition. Je nachdem kommt es dabei zum *Ausschluß* bestimmter Ichzustände (K bei der Elternposition, ER und EL bei der Kindposition).

Passivität ist das interne und externe Verhalten, um autonome Reaktionen zu vermeiden und die ungesunde symbiotische Beziehung fortzusetzen. Sie äußert sich in vier Erscheinungsformen; in:

1. Nichtstun,
2. Überanpassung,
3. agitiertem Verhalten und
4. in Sich-unfähig-Machen und/oder Gewalttätigkeit: beides dient dazu, andere zu zwingen, die Sorge für einen zu übernehmen.

Die *internen* Mechanismen der Passivität sind:

Abwertung als Verleugnung von wichtigen Aspekten meiner selbst, der anderen und der Situation;

Denkstörungen, die durch Unklarheiten und Verwirrungen die Abwertung unterstützen;

Grandiosität (als Über- oder Unterbewertung der Situation), die die Rechtfertigung zur Fortsetzung dieses Verhaltens liefert.

Transaktional-extern zeigt sich Passivität in *tangentialen, entwaffnenden* und *blockierenden* Transaktionen im Vorgang des *Redefinierens*. Bei diesen Reaktionen kommt es zu einer mehr oder minder starken Verschiebung des Themas, um den symbiotischen Bezugsrahmen wiederherzustellen. Im folgenden einige Beispiele für *tangentiale* Transaktionen (*J. Schiff et al.* 1975, 58):

A: Wer hat das gemacht?
B: Es passierte vor dem Abendessen. (Wechsel vom „Wer" zum „Wann", Vermeidung der Verantwortlichkeit.)
A: Wirst du es tun?
B: Ich kann es tun. (Wechsel von der „Absicht" zur „Möglichkeit", um es nicht zu tun.)
A: Was wirst du tun, um das Problem zu lösen?
B: Ich habe schon versucht, Verschiedenes zu tun. (Wechsel von der „Zukunft" in die „Vergangenheit", um das Nichtstun fortzusetzen.)

d) Engpaßpathologie

In der *Neuentscheidungsschule* (*Goulding* u. *Goulding* 1981, 63 ff) wird Pathologie als Engpaß bzw. Sackgasse beschrieben: „Als Sackgasse bezeichnen wir einen Punkt, an dem zwei oder mehr entgegengesetzte Kräfte aufeinanderstoßen, einen festgefahrenen Ort, ein Patt." Strukturanalytisch gesehen heißt dies, daß zwei Ichzustände gleichstark besetzt sind und den Konflikt zwischen sich alleine nicht lösen können. Die *Gouldings* unterscheiden Engpässe 1., 2. und 3. Grades (*Goulding* u. *Goulding* 1978, 79ff).

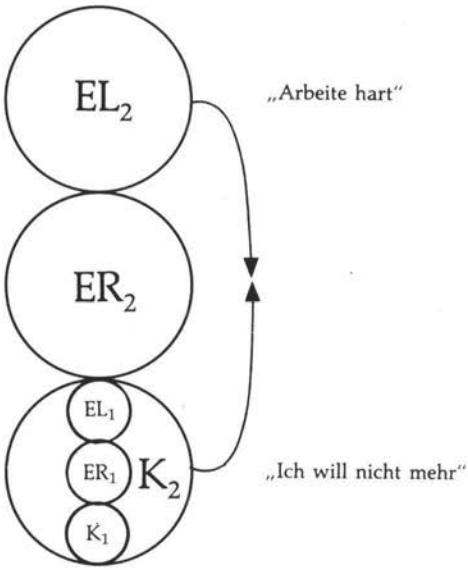
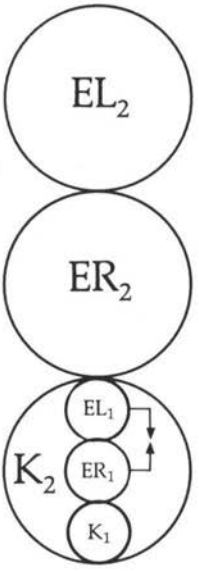


Abb. 14: Engpaß 1. Grades

Der *Engpaß 1. Grades* ist ein Konflikt zwischen EL_2 und ER_1 in K_2. In den Gegenskriptbotschaften der Eltern waren solche Anweisungen enthalten wie „Arbeite hart!', „Du bist ok, wenn du hart arbeitest und dich anstrengst." Der kleine Junge wollte es dem Vater recht machen und hat sie in sein EL_2 übernommen. In seinem K_2 (ER_1) rebelliert er dagegen. Später im Leben merkt er, daß ihm dies viele Arbeiten nicht gut tut und nimmt sich vor (ER_2), dies zu ändern. Aber es gelingt ihm nicht; an freien Tagen z.B. treten Kopfschmerzen und Depressionen auf, da er im Konflikt zwischen EL_2 und ER_1 feststeckt.

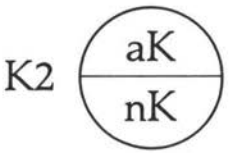


„Sei kein Kind..."

„Ich will ein Kind sein..."

Abb. 15: Engpaß 2. Grades

Der *Engpaß 2. Grades* ist ein Konflikt zwischen ER_1 und EL_1 in Reaktion auf eine destruktive Einschärfung, z.B. „Sei kein Kind!" Die Entscheidung im „kleinen Professor" kann dann gelautet haben: „Nie wieder werde ich mich wie ein Kind verhalten". Diese Entscheidung wird durch die „Elektrode" (EL_1) abgesichert.



„Schon immer bin ich wertlos, traurig und depressiv..."

„Ich bin freudig und spontan..."

Abb. 16: Engpaß 3. Grades

Der *Engpaß 3. Grades* ist eine Pattsituation zwischen dem natürlichen und dem angepaßten Kind, das sich schon immer als „wertlos", „traurig", „hilflos" etc. gefühlt hat.

Die Reihenfolge der Grade kann auch die Reihenfolge des Sichtbarwerdens und der Bearbeitung der Engpässe darstellen: Wenn der Patient in seinem ER_2 beschließt, nicht mehr soviel zu arbeiten, steht er vor der Notwendigkeit, sein Kindsein zuzulassen. Dieses Kind fühlt sich aber noch traurig und hilflos. Erst in der Bearbeitung des Engpasses 3. Grades entscheidet es sich, auch seine fröhlichen Gefühle und seine Stärke zuzulassen und sich als ok anzunehmen.

5.2.2 Transaktionale Pathologie: Psychologische Spiele

Berne hatte schon 1958 den Begriff des „Spiels" zur Beschreibung pathologischen Sozialverhaltens eingeführt. Wirklich bekannt und sogar in die Umgangssprache eingeführt wurde er jedoch erst durch seinen Bestseller „Spiele der Erwachsenen" (1967). Nach *Bernes* Definition besteht ein Spiel „aus einer fortlaufenden Folge verdeckter Komplementär-Transaktionen, die zu einem ganz bestimmten, voraussagbaren Ergebnis führen." Spiele sind keine bewußten Strategien, sondern Verhaltensmuster des Kindes, die unbemerkt vom Erwachsenen-Ich (ER_2) ablaufen. *Bernes* Spielformel lautet:

$$C + G = R \rightarrow S \rightarrow X \rightarrow P$$

1. Der „Haken" (con) des Spieleröffners, ausgeworfen in einer verdeckten Transaktion.
2. Der „wunde" Punkt (gimmick) eines Spielpartners, der die Einladung spürt.
3. Reagiert er, dann ist das Spiel im Gang (Reaktion).
4. Es kommt dann zum Umschlag (Switch), zum Wechsel der Ichzustände.
5. Die Folge ist Verwirrung (Crossup = X).
6. Das Ganze endet mit dem Nutzeffekt (payoff) für beide Spieler in vorhersagbaren miesen Gefühlen (Rackets).

Es gibt Spiele, die einer mit sich allein, mit phantasierten und/oder mit einem oder mehreren Spielpartnern spielt. Spiele werden in unterschiedlichen Graden gespielt: Bei einem Spiel ersten Grades ist eine leichte Verstimmung die Folge, beim zweiten Grad dauert sie längere Zeit an, gibt es vielleicht auch soziale Verletzungen und blaue Flecken; beim dritten Grad geht es um schwere Verletzungen, um Mord und/oder Selbstmord.

Karpman (1968) entwickelte das „Dramadreieck" als einfache Form, Spiele zu beschreiben. Jedes Spiel hat (wie das Drama auf der Bühne) drei Rollen: Retter, Opfer und Verfolger. Im Laufe des Spieles kommt es nicht nur zum Wechsel der Ichzustände, sondern auch zum Wechsel der Rollen.

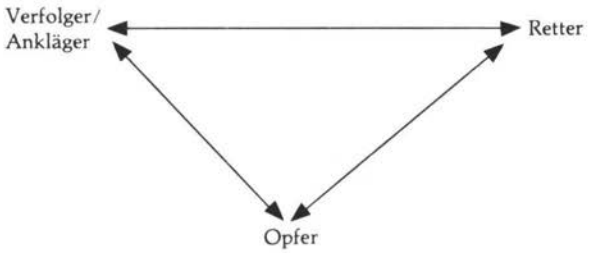


Abb. 17: Dramadreieck nach *Karpman*

TA hat eine große Zahl von Spielen identifiziert und beschrieben (*Berne* 1967; *Stuntz* 1971; *F.H.Ernst* 1972; *K. Ernst* 1972; *Summerton* 1979). In jedem Spiel erscheinen die drei Rollen, eine steht jedoch als die manipulative im Vordergrund. Nach ihr ergeben sich drei Kategorien von Spielen:

Spiele aus der Retterposition: z.B. „Ich versuche nur, dir zu helfen ...";

Spiele aus der Opferposition: z.B. „Ja, aber ...", Dummspiel;

Spiele aus der Anklägerposition: z.B. „Jetzt hab ich dich, du Schweinehund ..."

Beispiel:

Das Spiel, an dem die Spieltheorie entwickelt wurde, ist „Alkoholiker". Es ist ein Spiel von der Opferposition aus. Als Retter findet sich ein junges Mädchen, das glaubt: „Wenn ich ihn nur genug liebe, wird er vom Trinken lassen." Sie heiraten, und einige Zeit geht es gut. Dann fängt er wieder an zu trinken, und sie macht ihm Vorwürfe (Ankläger): „Wenn du mich lieben würdest ...". Er wird wütend, betrinkt sich und verprügelt sie (er: Verfolger, sie: Opfer). Sie geht zu ihrem Pfarrer und erbittet seine Hilfe. Er (um sie zu retten) klagt ihn an und fordert ihn auf, dies nicht mehr zu tun. Im Katzenjammer der Ernüchterung stimmt er dem zu. Am Abend liegt er wieder vor der Tür, sie holt ihn herein, wäscht ihn, bringt ihn zu Bett (Retter) ... So lange dieses Spiel läuft, wird sich nichts ändern, außer, daß die Abhängigkeitserkrankung weiter voranschreitet (s. dazu *Steiner* 1971c; *Harsch* 1979).

Psychologische Spiele haben ihren Ursprung in der Kindheit. Sie dienen dazu, alte schmerzliche Erfahrungen zu vermeiden, indem ich sie heute mir selbst oder anderen wieder zufüge.

Spiele werden gespielt, um das Skript voranzutreiben, autonomes Verhalten zu vermeiden und statt dessen Ersatzgefühle zu erzeugen. *Berne* (1967, 72-75) nennt dazu noch sechs weitere *Nutzeffekte von Spielen:*

1. den biologischen Nutzen in der Erlangung intensiver Zuwendung ohne das Risiko der Intimität;
2. den existentiellen Nutzen, da Spiele die gewählte existentielle Grundposition bestärken (s. 4.2);
3. den inneren psychologischen Nutzen in der Vermeidung unerlaubter, bedrohlicher Gefühle und die Erzeugung manipulativer Ersatzgefühle;
4. den äußeren psychologischen Nutzen, der im Vermeiden gefährlicher, z. B. intimer Situationen besteht;
5. den inneren sozialen Nutzen durch die Stukturierung der Zeit im Umgang mit den Menschen, die einem am nächsten sind (den direkten Spielpartner);
6. den äußeren sozialen Nutzen durch die Strukturierung der Zeit mit anderen, indem ich mit ihnen das Spiel fortsetze, z. B. erzähle, „Wenn mein Mann (meine Frau) nicht wäre, dann ...".

Die Cathexis Schule arbeitet auch mit dem Modell der Spiele, betont jedoch den Sachverhalt, daß jedes Spiel mit einer Abwertung eingeleitet wird. Sie konzentriert sich deshalb auf die Wahrnehmung und Konfrontation dieser Abwertung (s. 5.2.1 c).

5.2.3 Skriptpathologie

Ein Skript ist der Lebensplan, den bereits das Kind im Alter von sieben bis zehn Jahren aufgrund der schon vorher gemachten Erfahrungen, vor allem unter dem Druck elterlicher Einschärfungen, beschließt. Das Skript beeinträchtigt die Spontaneität der Gefühle, die Flexibilität in der Lösung von Problemen sowie die Beziehungen zu anderen Menschen. Obwohl das Skript destruktive Auswirkungen hat, sorgt es doch für eine gewisse psychische Homöostase und vermittelt durch die Vorhersagbarkeit der Abläufe ein Gefühl der Sicherheit. Jede Infragestellung des Skriptes erregt deshalb Angst (*Epstein* 1972). Wahrnehmungen und Reaktionen werden deshalb so organisiert, daß das Skript ausagiert und vorangetrieben wird als ein geschlossenes und sich selbst verstärkendes System (*Erskine* u. *Zalcman* 1979).

Berne (1975) beschreibt die einzelnen Elemente des *Skriptapparates*, von denen wir hier nur die wichtigsten erwähnen:

— die frühen einschränkenden *Einschärfungen* der Eltern, die meist nonverbal und unbewußt vom K der Eltern an das EL_1 im K_2 des Kindes gehen. Ihrer Wirkung nach werden sie auch „Stopper" genannt (*Kahler* 1974).
— die *Entscheidung* des Kindes diesen Einschärfungen gegenüber. Das Kind hat hierbei mehrere Möglichkeiten:

1. Es unterwirft sich ihnen, um die Liebe der Eltern nicht zu verlieren (*Steiner* 1971b).
2. Es modifiziert sie oder
3. weist sie zurück.

— das *Programm*, in dem die Eltern auf der Ebene ER-ER dem Kind modellhaft zeigen, wie das Skript in den verschiedenen kulturellen und gesellschaftlichen Rollen (z. B. als Mann oder Frau) auszuleben ist.

— die Gegeneinschärfung, auch „Antreiber" genannt (*Kahler* 1974), die später als die Einschärfungen und verbal vermittelt werden, in der Absicht, die Auswirkungen des Skriptes zu korrigieren (daher *Gegeneinschärfungen).* Sie laufen auf der Ebene EL-EL.

Goulding u. *Goulding* (1976) haben 12 destruktive *K-Einschärfungen* immer wieder bei ihren Patienten gefunden: Nicht! Existiere nicht! Sei nicht du (z. B. nicht das Geschlecht, das du hast)! Gehöre nicht dazu! Sei nicht wichtig! Sei kein Kind! Werde nicht erwachsen! Sei nicht nahe! Habe/zeige keine Gefühle! Schaff' es nicht! Sei nicht gesund! Denke nicht!

Kahler (1974) reduzierte die EL-Ermahnungen auf fünf *Antreiber* : Mach's mir recht! Sei stark! Sei perfekt! Sei schnell! Streng dich an! Dies sind Botschaften bedingter Annahme, „Du bist ok, wenn ..."

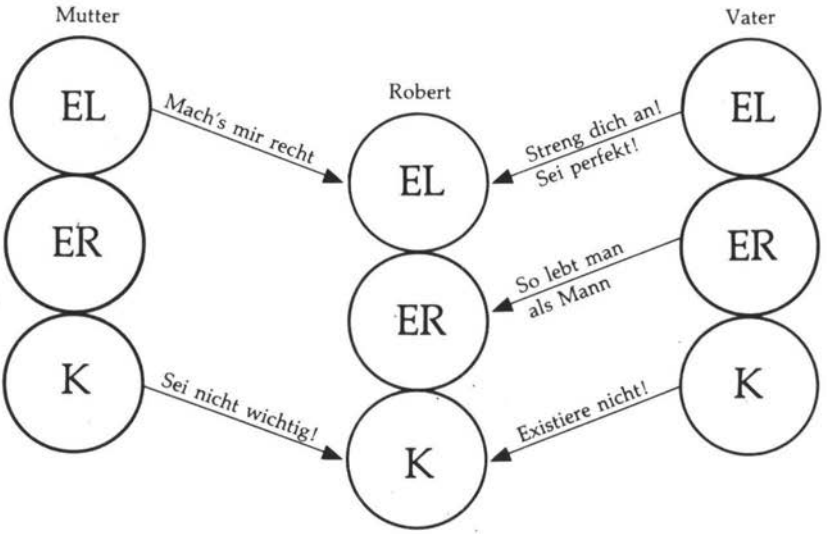


Abb. 18: Skriptmatrix[6] (*Goulding* u. *Goulding* 1978, 118)

Beispiel

Robert kam in Therapie wegen schwerer Depression und Suizidgefährdung. Schon als Baby ließ Mutter ihn schreien und fütterte ihn nur nach der Uhr. Sie vermittelte ihm damit die Einschärfung: „Du bist nicht wichtig, deine Gefühle und Empfindungen zählen nicht!" Vater arbeitete hart und hatte nie Zeit für ihn. Er vermittelte damit: „Du existiert für mich nicht!" Vaters Programm war: „Dein Leben als Mann ist harte Arbeit, ohne Zeit für die Familie, für Spaß und Freude." Dies war auch Inhalt seiner väterlichen Ermahnungen später in der Schulzeit. Mutters ständige Rede war: „Junge, reg' mich nicht auf!" Er erhielt damit die Aufforderung: „Mach's mir recht!" Roberts Entscheidung, die er in seinem Skript auslebte, lautete: „Ich mache mich klein und unsichtbar." Seine „Existiere-nicht!" -Einschärfung kontrollierte er durch harte Arbeit. Die Depressionen verbunden mit Suizidgedanken traten besonders an seinen freien Tagen auf. Er litt auch an anhaltenden Spannungsgefühlen im Bauch, seine Form, die frühen Hungergefühle und oralen Frustrationen zu kontrollieren (Körperskript).

Das Skript ist der umfassende Lebensplan, der sich über die ganze Lebensspanne erstreckt. Wie sich das Skript in alltäglichen Abläufen auswirkt und sich damit selbst verstärkt, wird sichtbar gemacht in dem von *Erskine* und *Zalcman* (1979) entwickelten *Racket-System*. Ihr Vorgehen ist, daß sie eine konkrete Szene aufgreifen und sie auf die darin enthaltenen Skript-Glaubenssätze und Racket-Gefühle befragen. In einem 2. Schritt wird aufgelistet, welche und wie die internen und externen Verhaltensweisen (und auch die dadurch provozierten Reaktionen der anderen) dazu beitragen, die alten Glaubenssätze und Skriptgefühle zu bestätigen bzw. zu erneuern. An 3. Stelle stehen die Erinnerungen aus der Vergangenheit (bzw. deren Projektion als Prophezeiungen in die Zukunft), die auch demselben Zwecke dienen. Im folgenden als Beispiel Roberts Racketsystem, ausgehend von seinem Rückzugsverhalten in der Gruppe (Abb. 19).

5.3 Diagnostische Konzepte

Entsprechend ihrem Ansatz (s. 5.1) fragt die TA die einzelnen Systeme auf ihre Funktionsweise ab und formuliert daraus ihre Diagnose. In der Beschreibung der Psychopathologie in 5.2 haben wir deshalb bereits wesentliche diagnostische Konzepte der TA dargestellt: Trübung und Ausschluß von Ichzuständen, zu große oder zu geringe Permeabilität der Ichgrenzen, symbiotische Strukturen, die drei verschiedenen Arten der Kommunikation (4.1), Spiele (Spielformel, Dramadreieck) und die Skript- bzw. Racketsysteme.

Unbeantwortet ist noch die Frage, wie ein Ichzustand diagnostiziert werden kann. *Berne* (1961, 76) gibt vier Kriterien an, die erfüllt sein müssen, damit man sicher sein kann, den Ichzustand zutreffend diagnostiziert zu haben:

1. Die *Verhaltens*diagnose: Der Betreffende verhält sich in Gesten, Mimik, Körperhaltung, Stimme, Sprache und Wortwahl wie eine kontrollierende bzw. fürsorgliche Elternfigur, wie ein angepaßtes, rebellisches oder freies Kind, oder wie ein effektiv Probleme lösender Erwachsener.
2. Die *soziale* Diagnose: Aus der Reaktion der anderen kann unter Beachtung der drei Kommunikationsregeln abgelesen werden, aus welchem Ichzustand der Reiz gekommen ist.
3. Die *historische* Diagnose: In der Biographie des Betreffenden finden sich Hinweise auf den Ichzustand heute, daß z. B. damals ein Elternteil (Hinweis auf EL) oder er selbst als Kind (Hinweis auf K) sich so verhalten hat.
4. Die *phänomenologisch-subjektive* Diagnose: Der Betreffende stellt selbst im Erleben fest, wie er sich dabei fühlt (angepaßt, rebellisch, spontan etc.).

Skriptglaube und Racketgefühle	Skriptentfaltung	Erinnerungen und Erwartungen
Skriptglaube Ich bin nicht wichtig. Die anderen können alles besser als ich. Die Welt ist ein trauriger Ort. Am besten wäre ich nicht da.	Zieht sich zurück. Macht sich innerlich Vorwürfe. Vergleicht sich. Äußert seine Bedürfnisse nicht.	Vater hatte nie Zeit für mich. Die vorwurfsvollen Augen meiner Mutter.
Racketgefühle Depression Schuldgefühle	Internes Spiel: Holzbein (Was kann man von einem Menschen wie mir erwarten?)	
Nicht zugelassene Gefühle: Wut Trauer	Reaktion der anderen: Übersehen ihn	Wußte schon zu Beginn der Sitzung, daß es heute wieder nichts wird.

Abb. 19: Racket-System nach *Erskine* u. *Zalcman*

Im Blick auf die verschiedenen *Skripttypen* haben vor allem *Berne* (1975) und *Steiner* (1982) ganz unterschiedliche diagnostische Kategorisierungen entwickelt. Inhaltliche Qualifikationen bestimmen das

„Gewinner"-, „Verlierer"- und das „banale" Skript. Ebenfalls inhaltlich unterscheidet *Steiner* die Skriptformen von „keine Freude", „kein Denken", „keine Liebe" in ihrer Zuordnung zu bestimmten Krankheitsformen wie Sucht, Verrücktsein und Depressionen (*Steiner* 1982, 97 ff). In Zeitkategorien unterscheidet *Berne* sechs Skriptformen, die er zu mythologischen Figuren der Antike in Beziehung setzt:

1. *Niemals:* Niemals wirst du erreichen, was du dir wünschst (Tantalus).
2. *Erst dann,* wenn du etwas erreicht hast, wirst du ... (Herkules).
3. *Immer* mußt du weiter tun, was du getan hast (Arachne).
4. *Danach* kommt das dicke Ende (Damokles).
5. *Immer und immer wieder* muß ich es versuchen (Sisyphus).
6. *Offener Ausgang:* Jetzt werden wir sehen, wie es weitergeht (Philemon und Baucis).

(Zu den verschiedenen Skriptformen vgl. u.a. die informative Übersicht von *Wahking* 1979).

5.4 Ziele und Inhalte der Therapie

Zentrales Anliegen der TA ist es, den Klienten in seiner momentanen Stärke/Schwäche anzunehmen und ihn trotzdem als autonome Person in seiner Selbstbestimmung zu respektieren (*Goulding* u. *Goulding* 1978). Ausdruck dafür ist der *Vertrag* als Basis gleichberechtigter Zusammenarbeit von Klient und Therapeut. Ziele der Behandlung werden vom Klienten selbst definiert, und der Therapeut entscheidet, ob er fähig und willens ist, dabei mitzuwirken.

Dadurch ergibt sich die ganze Bandbreite der Behandlung von als „gesund" Geltenden, die für sich Orientierung suchen in ihrer Selbstfindung, bis hin zur Behandlung von als schwer gestört sich Erlebenden, die auf Suizid und/oder Homozid, auf Verrücktwerden, Versagen oder Vereinsamung zusteuern.

Allgemeine Ziele der Behandlung sind Änderungen des Verhaltens, des Fühlens und Denkens (einschließlich der selbstverstärkenden Erinnerungen und Phantasien) und psychosomatischer Symptome. *Berne* (1971) hat jedoch immer wieder auf den Unterschied zwischen „Fortschritte-machen" und „Heilung" hingewiesen. „Fortschritte-machen" bedeutet, daß es einem besser geht, daß das Skriptsystem jedoch unangetastet bleibt. „Heilung" ist jedoch erst dann erreicht, wenn das Skript mit seinen Einschränkungen überwunden ist und der Mensch seine Autonomie in Besitz genommen hat: im Hier und Jetzt zu leben mit der Fähigkeit, seine Situation bewußt zu erfassen, spontan darauf

zu reagieren und bedeutungsvolle Beziehungen zu anderen Menschen und zur Welt insgesamt aufzunehmen (s. 3. Menschenbild).

Erskine (1980) beschreibt diese Heilung vom Skript auf drei Ebenen:

1. Heilung auf der *Verhaltensebene* wird sichtbar, wenn der Klient skriptgebundenes Verhalten aufgibt. Hierzu sind spezifische Verträge zur Verhaltensänderung notwendig, z.B. „Ich höre auf zu rauchen".

2. Heilung auf der *intrapsychischen Ebene* betrifft die emotionalen und kognitiven Anteile des Skriptes (Racketgefühle und Skriptglauben). Bislang unerlaubte Gefühle werden entdeckt, verstärkt und akzeptiert. Die skriptgebundenen Überzeugungen von mir selbst, den anderen und der Welt werden überprüft, als Trübungen des ER erkannt und aufgegeben, wodurch die offene Wahrnehmung der Realität wieder möglich wird.

3. Heilung auf der Ebene des *Körperskriptes* umfaßt die Auflösung blockierender rigider Verspannungen in der gestreiften und glatten Muskulatur mit Hilfe von Massage, Rolfing oder bioenergetischen Übungen (*Cassius* 1975, 1977; *Cornell* 1975) und Kontakt zu den darunter verborgenen schmerzlichen Erfahrungen, die zum Aufbau des Skriptes geführt haben. Im Zulassen des Schmerzes werden neue Wege entdeckt, die alten Konflikte zu verarbeiten (Neuentscheidung).

6. Behandlungsmethodik

6.1 Das spezifische Behandlungskonzept im Vergleich mit anderen Therapieformen

Die Methoden der transaktions-analytischen Therapie orientieren sich sowohl am Menschenbild der autonomen Persönlichkeit (s. 3) als auch an ihrem ganzheitlich-systemischen Ansatz (s. 5.1). Im Mittelpunkt aller Schulen steht deshalb die vertragsorientierte Arbeit an den dysfunktionalen Systemen strukturaler, transaktionaler und skriptsystemischer Art. Die einzelnen Schulen haben dazu ein reiches Repertoire unterschiedlicher Methoden entwickelt, das zu umfangreich ist, es vollständig in diesem Rahmen zu entfalten (s. Überblick bei *Barnes* 1979-1981; *Woollams u. Brown* 1978, 243 ff). Wir beschränken uns hier auf die hauptsächlichen und folgen dabei den von *Boyd* (1976) beschriebenen sechs Stadien der Therapie als einem Leitfaden.

1. *Motivationsphase:* Sie spielt eine besondere Rolle bei Klienten, die in die Sprechstunde mit einer Auflage oder aufgrund des Wunsches eines Menschen in ihrer Umgebung kommen, daß sie sich ändern sollten. Für diese Klienten ist es eine schwierige Situation, wenn der Therapeut sie fragt: „Was wollen Sie hier für sich selbst erreichen?" Als

erstes benötigen diese Klienten die Klarheit und die Erlaubnis, ihre eigenen Zielvorstellungen zu entwickeln und sich selbst für so wichtig zu halten, dafür Zeit, Energie und Unkosten aufzuwenden.

2. Phase der *Enttrübung:* Ihr Ziel ist die Entwicklung der Erlaubnis, daß der Klient seine eigenen Gefühle fühlen und seine eigenen Gedanken denken darf. Der Therapeut braucht das ungetrübte ER des Klienten als Verbündeten, um den Vertrag zu formulieren und zu erreichen.

3. Phase der *Vertragsbildung:* Nach Motivierung und Klärung, daß der Klient seine eigenen Wünsche und Ziele ansteuern will (und nicht die äußerer und/oder innerer Elternfiguren), ist es für Klient und Therapeut von Bedeutung, daß beide ein klares Verständnis dafür entwickeln, was Inhalt der gemeinsamen Arbeit sein soll, welche Folgen der Änderungsprozeß nach sich ziehen wird und woran beide erkennen können, daß die Ziele erreicht sind und damit auch die Zusammenarbeit — in Bezug auf diesen Vertrag — beendet wird.
In der Regel wird der Klient zunächst keine so tiefgreifenden Änderungen anvisieren, zum einen, weil er sich selbst meist noch nicht so klar darüber ist, zum anderen aber auch, um den Therapeuten erst einmal auf seine Verläßlichkeit, Glaubwürdigkeit und Kompetenz hin zu testen. Dies bedeutet, daß meist eine Reihe von aufeinander aufbauenden Verträgen geschlossen wird.

4. Phase der *Exploration.* In dieser Phase hilft der Therapeut dem Klienten, in sicherer und angemessener Weise mit seinem frühen Kind in Kontakt zu kommen, das die Entscheidungen getroffen hat, unter denen er heute leidet. Er erfährt dadurch auf der „Bauch-Ebene" sein „Drama des begabten Kindes" (*Miller* 1979), welches er zu erleiden hatte, und allen Mangel an Geborgenheit und Angenommenwerden, die ihn veranlaßten, sich so anzupassen, daß er heute noch diese Deformierungen seiner selbst fortführt.

5. Phase der *Neuentscheidung:* Nach dieser Klärung kann der Klient auf der Ebene des Kindes, das die alten Entscheidungen getroffen hat, diese mit den Möglichkeiten seiner heutigen Welterfahrung und seinen heutigen Bedürfnissen entsprechend revidieren und verändern. Diese Neuentscheidungen verändern den Lebensstil (Verhalten), erweitern die emotionale Erlebnisfähigkeit und lösen die körperlichen Begleiterscheinungen der revidierten Skriptkomponenten.

6. Phase des *Umlernens:* Hier geht es um die Frage, wie der Klient die Neuentscheidungen in neue innere und äußere Verhaltensweisen umsetzt. Dazu gehört auch, die Reaktionen der Menschen in der Umgebung auf das neue Verhalten mitzubedenken. Der Therapeut wird hierzu z. B. Rollenspiele als Medium der Erprobung anbieten,

Informationen geben und darauf achten, daß der Klient tatsächlich seine bisher geleugneten authentischen Bedürfnisse wirklich erfühlt. Ein wichtiger Punkt ist auch, mit Situationen umgehen zu lernen, in denen es (trotz der Neuentscheidung) zu Rückfällen in altes Verhalten kommt, um daraus kein Entmutigungsprogramm für sich selbst zu machen.

7. Phase der *Beendigung der Therapie: Woollams* und *Brown* (1978, 264) fügen noch diese Phase hinzu, denn für Klient und Therapeut stellt sich die Aufgabe, den rechten Zeitpunkt dafür zu finden. Sie kann unter dem Einfluß des Skriptes zu früh oder zu spät geschehen, wie auch unter Verleugnung der Trauer, die Zeichen einer tiefergehenden Beziehung auf diesem Stück gemeinsamen Weges ist. Der rechte Zeitpunkt und die angemessene Art des Abschiedes hängen mit der Erfüllung des Vertrages zusammen, der die Leitlinie für beides darstellt.

Berne (1966, 11. Kapitel, S. 233-258)[7] selbst beschreibt ausführlich die Methoden zur Enttrübung, Stärkung der Energiebesetzung im ER und Festigung der Ichgrenzen, die bis heute zum Standardrepertoire eines Transaktions-Analytikers gehören. Er versieht sie mit genauen Anweisungen, wann und mit welcher Zielsetzung sie zu gebrauchen oder besser nicht zu gebrauchen sind. Das sind:

1. die das Denken provozierende *Frage* ; 2. die durch den Therapeuten erfolgende *Spezifizierung*, in der er die Aussage des Klienten auf den Punkt bringt und verstärkt (ähnlich wie in der nondirektiven Methode, s. *H. Hagehülsmann* 1982; *Long* u. *Long* 1977); 3. die *Konfrontation*, eine spezifische TA-Methode zur Enttrübung des ER und Neuverteilung der Besetzungsenergie; 4. die *Erklärung*, die auch zur Enttrübung und Stärkung des ER dient; 5. die *Illustration* (eine Anekdote oder Gleichnis) als eine Unterstützung der Konfrontation, die sich außer ans ER gleichzeitig an den „kleinen Professor" im K wendet; 6. die *Interpretation*, die dazu dient, das K zu entwirren (was mit dem Vorgehen der Psychoanalyse korrespondiert); 7. die *Kristallisation*, eine zusammenfassende Aussage des Therapeuten an das enttrübte ER und das entwirrte K, als eine Konfrontation des Klienten mit seiner Freiheit, sich neu und anders zu entscheiden. Daneben nennt *Berne* auch ganz einfache Interventionen der Unterstützung gebenden *Zuwendung*, *Überredung* und *Ermahnung* .

Auf das *Egogramm (Dusay)* als Methode strukturaler Therapie haben wir bereits unter 4.1.a hingewiesen. Wenn der Klient an der Energieverteilung zwischen seinen Ichzuständen etwas ändern möchte, kann er mit Hilfe der Gruppe eine dem gewünschten Ichzustand ent-

sprechende neue Verhaltensweise einüben, vergleichbar der Einübung neuer Verhaltensprogramme in der Verhaltenstherapie (*Santsaver* 1975).

Interaktionsprozesse werden bevorzugt mit Hilfe der Transaktionsanalyse angegangen. Mögliches Medium der Therapie sind dabei Aufzeichnungen der Transaktionsabfolgen auf einer Wandtafel, um sie dem ER des Klienten zugänglich zu machen. Dabei werden auch persönliche Interaktions- und Streichelmuster sichtbar. In der Spielanalyse, einer Analyse spezifischer Transaktionsfolgen, dient dazu außerdem das *Karpmansche Dreieck* (s. 5.2.2) und die Aufzeichnung der transaktionalen Spielabläufe im *Spielplan* nach *J. James* (1973). Das *Rollenspiel* bietet gute Möglichkeiten, solche Kommunikationsabläufe verstehend nachzuvollziehen und Alternativen dazu zu entwicklen (s. Psychodrama, *Holtby* 1975; *Jacobs* 1977). Entsprechendes gilt auch für die therapeutische Verwendung des Racketsystems nach *Erskine* und *Zalcman* (s. 5.2.3), da es die Möglichkeit offenlegt, das pathologische System an jeder Stelle zu durchbrechen, z. B. in der Veränderung der Glaubenssätze (Enttrübung), dem Zulassen der authentischen Gefühle, in Verhaltensänderungen und im Evozieren neuer, positiver Erinnerungen und/oder Erwartungen.

Die *Neuentscheidungsschule* (*Goulding* u. *Goulding* 1978, 1981) geht nach einer kurzen Klärungsphase mit Hilfe der Struktur-, Spiel- und Racketanalyse sogleich zu Phase 5, zur Neuentscheidung über. Hier arbeitet sie vorwiegend mit Methoden der Gestalttherapie in der regressiven Wiederbelebung alter Situationen (s. auch *M. James* 1977 b). Mit Hilfe der Methode des „leeren Stuhles" werden die inneren Engpässe externalisiert und damit der Bearbeitung zugänglich. Die Technik der Zwei-Stuhlmethode wurde von *Stuntz* (1973) dahingehend erweitert, daß er für jeden der fünf Ichzustände einen Stuhl benennt, um damit den inneren Dialog sichtbar zu machen und die fehlenden Stimmen zu identifizieren.

Eine spezielle Form der Therapie über das Eltern-Ich beschreibt *McNeel* (1976) mit seinem *Eltern-Interview*. Es zielt darauf, eine Verbindung zum Kindheits-Ich der Elternfigur herzustellen, damit der Klient nacherlebt, daß auch sie ein Mensch war, der unter elterlichen Einschärfungen gelitten und sich deformiert hat. Die Neuentscheidung erfolgt dann zunächst im K des Elternteiles und geht dann weiter im K des Klienten. Ziel dieser Therapie ist (als wichtige Voraussetzung innerer Balance) die Versöhnung mit den Eltern.

Etwas anders verläuft der Therapieprozeß in der *Cathexis Schule* (*J. Schiff* 1975, 1979; *J. Schiff* u. *B. Day* 1980): Hier wird zunächst mittels

Enttrübung auf die Veränderung der destruktiven und manipulativen Denk- und Verhaltensstrukturen symbiotischer Art hingearbeitet. Erst wenn das ER so klar funktioniert, daß der Klient Verträge schließen und halten kann, kommt es zu regressiver Arbeit in Form von adäquater elterlicher Pflege und Fürsorge für das kleine Kind (K_0 und K_1) sowie zur Neuprogrammierung des Eltern-Ichs (Neubeeltern). (Zur Bewertung der Vorgehensweisen der einzelnen Schulen s. auch 2.3).

In allen Phasen der Therapie spielt die *Traumarbeit* eine wichtige Rolle. Eine Technik, die vor allem am Beginn der Therapie verwendet wird, ist, einzelne Elemente des Traumes mit bestimmten Ichzuständen in Verbindung zu bringen und von da aus einen Dialog der verschiedenen Ichzustände in Gang zu setzen. Daran kann sich auch die Gruppe im Sinne eines Rollenspieles beteiligen (*Samuels* 1974; *R. Goulding* 1976). *Berne* (1966, 243 f) und *Gellert* (1975) nehmen die Traumschilderung und die darin enthaltenen Bilder und Symbole als Hinweis auf ungelöste Konflikte des Träumers. Verblüffend häufig wird dazu dann spontan eine Begebenheit erinnert, die eine Schlüsselrolle für das Verstehen der gegenwärtigen Krankheitssymptome spielt.

Häufig wird von Transaktions-Analytikern auch die gestalttherapeutische Methode der Traumbearbeitung verwendet, sich mit den einzelnen Inhalten eines Traumes zu identifizieren und damit abgespaltene Teile des inneren Prozesses ins Bewußtsein und in die Erfahrung zu bringen (*Perls* 1974; *M. James* 1977b).

6.2 Die therapeutische Beziehung

Die therapeutische Beziehung ist in der TA bestimmt durch den *Therapievertrag*, den Klient und Therapeut miteinander schließen. *Steiner* und *Cassidy* (1969) nennen vier Elemente, die für einen Vertrag konstitutiv sind:

1. *Die gegenseitige Übereinkunft:* Sie bedeutet, daß der Therapeut Vorschläge macht zu dem, was er tun kann. Der Klient entscheidet, was er dann haben will. Um gute Vorschläge machen zu können, muß der Therapeut das Problem kennen und genau wissen, in beschreib- und beobachtbaren Begriffen, was der Klient geändert haben möchte. Das hilft beiden auch zu bestimmen, wann der Vertrag beendet ist.

2. *Gültige Erwägung* dessen, was jeder Partner in den Vertrag einbringt: Von seiten des Therapeuten ist es sein Versprechen, die Krankheit zu heilen. Von seiten des Klienten ist es seine aktive Teilnahme sowie ein finanzieller Beitrag oder, wenn dies nicht möglich ist, sonst ein Beitrag innerhalb oder außerhalb der Therapie.

3. *Kompetenz:* Jeder Vertragspartner muß auch die Kompetenz haben, einen solchen Vertrag zu schließen. Ausnahmen bestehen bei Jugendlichen oder psychotischen Patienten, wo der Therapeut u.U. die Zustimmung der Eltern einzuholen bzw. zunächst ohne Vertrag aktiv zu werden hat.

4. Der Vertrag hat in *Übereinstimmung mit den bestehenden Gesetzen* zu sein sowie die ethischen Prinzipien zu beachten, die im Menschenbild der TA (s. 3) enthalten sind.

Berne nennt drei zusätzliche Elemente für die Gestaltung der therapeutischen Beziehung durch den Therapeuten (1975, 293):

(1.) *Sein Da-Sein:* Der Therapeut ist mit allen seinen Ichzuständen (vor allem mit seinem schutzgebenden fürsorglichen EL, seinem intuitiven und spontanen K und seinem wahrnehmenden ER) für den Klienten da, der sich oft aus einer Erfahrung von Alleingelassensein einst für sein Skript entschieden hat; erst wenn dieses Vakuum durch jemand gefüllt wird, der wirklich da ist, auch in kritischen Phasen, kann die Behandlung erfolgversprechend vorankommen.

(2.) Sein Angebot *hilfreicher Hinweise:* Das bedeutet, sein Wissen um psychologische Zusammenhänge nicht zurückzuhalten, sondern es dem Klienten zu seiner freien Verfügung anzubieten. Ablehnung seiner Hinweise muß der Therapeut als Entscheidungen seines sich selbst bestimmenden Klienten ertragen können, sonst verstößt er gegen den Vertrag und wird zu einem „Verfolger" oder „Missionar", der besser als der Klient selber weiß, was für ihn gut ist.

(3.) *Rasches Zupacken:* Der Therapeut nutzt jede Gelegenheit, um den Klienten zu veranlassen, seine Skript-Welt zu verlassen (z.B. durch Enttrübung, Wechsel des Ichzustandes usw.). Hierzu muß der Therapeut eine effektive Antithese zum Skript kennen bzw. herausfinden. Setzt er sie ein und nimmt der Klient diese Intervention an, dann hat er — wenn auch nur für kurze Zeit — sein Skript durchbrochen und eine neue Erfahrung gemacht. Damit kann der Klient bewußter in sein System bis hin zu den verursachenden Skriptentscheidungen eindringen und neue Wahlmöglichkeiten für eine Neuentscheidung finden. TA-Therapeuten sind deshalb in ihrem Verhalten aktiv und greifen ein, wenn es darum geht, skriptgebundenes Verhalten zu konfrontieren.

Crossman (1966) hat die Variablen des Therapeutenverhaltens in der Formel von den 3 P's zusammengefaßt: Potency, Protection and Permission.

1. *Potency* (Stärke): In ihr bündelt sich alles, was die Persönlichkeit des Therapeuten ausmacht: seine Fähigkeit, intuitive Wahrnehmung

und sorgfältige ER-Beobachtung zu verbinden; verknüpft mit stetig wachsender Kompetenz, im Umgang mit den Klienten glaubwürdig, authentisch, kongruent und belastungsfähig zu sein, auch wenn es dessen Projektionen manchmal schwer für ihn machen, sich nicht bedroht zu fühlen. Die Potenz des Therapeuten stellt das Gegengewicht zu den im EL gespeicherten Elternfiguren und deren Einschärfungen dar, womit er dem K auf seinem Wege der Neuentscheidung genügend Schutz zu bieten hat.

2. *Protection* (Schutz und Sicherheit) bietet der Therapeut durch seine Verläßlichkeit, daß er sich nicht dem Druck des Klienten beugt, sich so zu verhalten wie die alten Elternfiguren und damit sein Skript zu verstärken. Schutz bietet er auch durch das Ansprechen suizidaler und homizider Neigungen, durch die der Klient sich und/oder andere gefährden könnte, und durch den Abschluß entsprechender Verträge, dies nicht zu tun (*Goulding* u. *Goulding* 1981, 75 ff), sondern statt dessen positiv für sich zu sorgen. Der Therapeut lebt die Haltung des „ich bin ok — du bist ok" in und außerhalb der Therapie-Situation (*Woollams* u. *Brown* 1978, 233 f), das bedeutet, daß er sich und andere als liebenswert und wichtig einschätzt, unabhängig davon, was er oder sie gerade leisten. Damit wird eine schützende und warme Atmosphäre geschaffen, die die angestrebte Änderung erleichtert.

3. *Permission* (Erlaubnis) bedeutet, daß der Therapeut dem K des Klienten die Erlaubnis gibt, den elterlichen Einschärfungen nicht mehr zu gehorchen, sondern seinen eigenen Bedürfnissen zu folgen. In einem schützenden Rahmen und mit Überzeugungskraft ausgedrückt verhilft die „entscheidende Intervention" (*Berne* 1975, 301 f) durch ihre „suggestive Zuversicht" (*Schlegel* 1979, 226) zum entscheidenden Durchbruch durch das Skript.

Bei der Lokalisation von „Stärke" und „Erlaubnis" mehr im Therapeuten oder im Klienten scheiden sich die Meinungen der einzelnen Schulen, je nachdem, ob man den Menschen stärker als das Ergebnis von frühen Konditionierungen oder Entscheidungsvorgängen sieht (*Kottwitz* 1980 a, 67; zu dieser Differenzierung s. auch 2.3).

6.3 Prozeßvariablen (Übertragung, Widerstand, Abwehrformen)

Übertragung geschieht, wenn eine Person einer anderen „ein Gesicht aufsetzt", das jemand anderem aus seiner Vergangenheit gehörte, und wenn sie auf den Projektionsträger so reagiert, als ob er die projizierte Person tatsächlich wäre (*Woollams* u. *Brown* 1978, 233 f). Menschen

tun dies häufig, wenn sie in ihrem Skript sind, um dieses abzusichern und fortzusetzen. Eine wichtige Aufgabe des Therapeuten besteht deshalb u.a. darin, herauszufinden, welche Rolle im Skript des Klienten ihm angetragen wird. Ein potenter Therapeut wird diese Übertragung aufgreifen und mit ihr im Sinne des Vertrages arbeiten. Häufig führt dies sehr rasch zurück zu erinnerbaren Skriptentscheidungsszenen. Da Übertragung und Widerstand die Zusammenarbeit zwischen Therapeut und Klient beeinflussen, besteht die Regel, sie vor weiterer inhaltlicher Vertragsarbeit aufzugreifen und zu bearbeiten (*Woollams* u. *Brown* a.a.O.). Übertragung wird in der TA als eine Selbstverständlichkeit begriffen und hat keine so zentrale Bedeutung wie in der Psychoanalyse, da die TA sehr viel direktere Methoden besitzt, mit den dabei auftretenden „Spielen" und manipulativen Arrangements (Rackets) aktiv umzugehen und sie damit hinter sich zu lassen, als dies dem auf die Spiegelhaltung eingeschränkten Psychoanalytiker möglich ist.

Zur Übertragung des Klienten gehört auch die Gegenübertragung des Therapeuten. Es ist wichtig, daß er sie wahrnimmt, um nicht im Skript des Klienten mitzuspielen. *R. Goulding* beschreibt in einem Beispiel, wie er bereits in einer Eingangstransaktion einen Kick-mich-Spieler anhand seines eigenen Ärgers identifiziert, sich aber weigert, ihm den Kick zu geben trotz weiterer Eskalation und ihn so ins Denken und Mitarbeiten bringt (*Goulding* u. *Goulding* 1978, 182-186). Wenn der Therapeut seine Gegenübertragung unkontrolliert ausagiert, kann es zur Skriptverzahnung kommen, d.h. zur Verstärkung des Skriptes bei beiden. Erfordernis für den Therapeuten ist es deshalb, sein eigenes Skript zu kennen und sich von seinen destruktiven Anteilen zu befreien, sonst trägt er auf Kosten des Klienten seine eigene Skriptbeeinträchtigung aus, indem er sie an ihn z. B. im Sinne eines Epi-Skriptes weiterreicht (*English* 1969).

Der *Widerstand* des Klienten kann aus fast allen Ichzuständen kommen: Aus dem kEL (indem er z. B. den Therapeuten angreift und kritisiert), aus dem nEL (indem er z. B. Retterspiele für andere Gruppenteilnehmer macht oder den erschöpft wirkenden Therapeuten schont), aus dem ER (durch Rationalisierung und Isolierung der Gefühle), aus dem aK (durch Überanpassung an vermeintliche Absichten des Therapeuten) und aus dem rebellischen Kind (indem er die Therapie sabotiert). Besonders dieser letzte Widerstand setzt der Wirksamkeit des Therapeuten Grenzen. Es ist auch nicht möglich, ihn direkt anzugehen wie bei den anderen durch Konfrontation und Enttrübung, da die Position des rebellischen Kindes oft die letzte Position des Menschen vor seiner

Selbstaufgabe war. Deshalb wird der Therapeut auch nicht gegen diesen Widerstand angehen, sondern ihn eher verstärken und Anerkennung geben dafür. Dieses „Streicheln des rebellischen Kindes" (*Drye* 1975) bedeutet dann, auch diesen so negativ erscheinenden Teil ernstzunehmen und nach den Bedingungen zu forschen, die Voraussetzung dafür sind, diesen Widerstand aufzugeben.

Auch *Abwehr* als interner Vorgang der Vermeidung unangenehmer Erfahrungen und Gefühle ist in der TA bekannt, selbst wenn andere Termini dafür verwendet werden: Die „Identifikation mit dem Angreifer" z.B. ist beobachtbar bei Menschen, die vom kEL her angreifen, so wie sie als Kind selbst von da her angegriffen worden sind; Skript-Glaubenssätze sind das Ergebnis von den schmerzliche Gefühle abspaltenden Rationalisierungen; Ersatzgefühle beruhen auf dem Vorgang der Verschiebung, z.T. der Umkehr ins Gegenteil (*English* 1971); der Ausschluß eines Ichzustandes hat sehr viel mit Verdrängung gemeinsam, um nur einige Beispiel dafür zu erwähnen (vgl. dazu *A. Freud* 1946; *Drye* 1977, 1981; *Brown* 1977).

Abwehr als interner und Widerstand als externer Vorgang sind beides Ausdruck des Schutzbedürfnisses des inneren Kindes. Der TA-Therapeut bietet deshalb diesem inneren Kind soviel Schutz wie möglich in der Überzeugung, daß es dann, wenn es bereit dazu ist, sich von selbst öffnen wird (*Boyd* u. *Boyd*, 1983, in einem Referat auf der ITAA Konferenz in Oakland/USA).

6.4 Formen des Setting

TA ist anwendbar in Einzel-, Paar-, Familien- und Gruppentherapie. Der Gruppe als Medium der Behandlung wird meist der Vorrang gegeben, da sie verschiedene Vorzüge bietet:

— sie bietet die Möglichkeit zu vielfachen Transaktionen, die so in der Einzeltherapie nicht sichtbar würden, und verschafft damit Erfahrungen von allen beobachtbar im Hier und Jetzt;
— sie regt zu den verschiedensten Übertragungen von Skriptfiguren an, die damit schneller sichtbar werden;
— die Gruppenteilnehmer können eigene Probleme, die sie noch abwehren, an anderen entdecken und bearbeiten;
— sie sehen bei anderen Alternativen zu ihrem Umgang mit den Problemen;
— bei Gegenübertragungsreaktionen des Therapeuten bietet die Gruppe eine Möglichkeit, auch ihn zu konfrontieren;

— Rückmeldungen geben, Anteilnahme, Erprobung und Verstärkung neuen Verhaltens sind „Resonanzeffekte", die es so nur in der Gruppe gibt;
— in dem geschützten Raum der Gruppe haben die einzelnen auch die Möglichkeit, ihre eingeschränkten und destruktiven Streichelmuster zu verändern und Erfahrungen mit direktem positivem, auch körperlichem Streicheln zu machen. Es kommt dadurch zu Erfahrungen von Nähe und Innigkeit. Der Therapeut wird allerdings darauf zu achten haben, daß diese warme Gruppenkultur nicht zum Ersatz für das Leben draußen wird und eine Gruppenabhängigkeit entsteht, denn es ist Aufgabe des einzelnen, sich draußen Beziehungen aufzubauen, in denen er auch solche Erfahrungen von Nähe haben kann.
— Gruppenarbeit ist meist auch im Blick auf den Zeitfaktor und die Kosten effektiver. Manchmal dauert eine individuelle Arbeit in der Gruppe nur einige Minuten, und der Therapeut wendet sich dann einem anderen zu, um sich nach einiger Zeit wieder mit dem ersten zu befassen, der inzwischen für sich weitergearbeitet hat. Dies ist besonders wichtig im Umgang mit stark kontrollierenden Klienten. In Einzelsitzungen wäre dies ein Zeit und Kosten verbrauchender Leerlauf.

Es gibt jedoch auch Klienten, die anfänglich so in ihrer Beziehungsfähigkeit gestört bzw. in ihrem ER getrübt sind, daß sie zunächst Einzelsitzungen benötigen. Auch für manche Gruppenmitglieder kann es nötig sein, Einzelsitzungen einzuschieben, wenn z.B. die Scham zu stark ist, um ein intimeres Thema in die Gruppe einzubringen. Die Einzelsitzung dient dann dazu, das getrübte ER und das ängstliche K des Klienten aus seiner Verwirrung zu befreien, um dann an dieser Thematik in der Gruppe weiterzuarbeiten.

Gruppensitzungen dauern unterschiedlich lang; die Spannbreite reicht von 90 Minuten pro Sitzung bei fortlaufenden Gruppen bis hin zu Wochenendmarathons und Therapieveranstaltungen von mehreren Wochen (s. dazu bes. *Goulding* u. *Goulding 1978, 1981).*

7. Anwendung

7.1 Klinische Anwendungsbereiche, Indikation und Kontraindikation

TA kommt als *Einzel, Gruppen-, Paar-, Familien-* und *Teamtherapie* in Form von *ambulanter, stationärer* und *teilstationärer* Therapie zur Anwendung. Entsprechend ihrer breiten theoretischen und methodi-

schen Palette und ihrer Kombinationsfähigkeit mit anderen Methoden wird die TA für die Behandlung von Störungen verwendet, die von akuten krisenhaften Reaktionen über Neurosen, Charakterstörungen bis hin zu den schweren Beeinträchtigungen der Psychosen reichen (vgl. dazu *Brown* 1977).

TA eignet sich deshalb für die Anwendung in der sog. *„Großen Psychotherapie"*[8] : zur Therapie von „psychoreaktiven seelischen Störungen" wie Angstneurosen (*M. James* 1977c; *Wagner* 1979) und Phobien (*R. Goulding* 1975; *M. Goulding* 1977; *Goulding* u. *Goulding* 1978, 1981; *Ohlson* 1980); von „Konversions und Organneurosen" (*Forman* 1972; *Cowles-Boyd* 1980); von „vegetativ-funktionellen Störungen mit gesicherter psychischer Ätiologie", wie z.B. Anorgasmie und Impotenz (*O'Hearne* 1977; *M. James* 1977e); von „seelischen Behinderungen auf Grund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände" usw., wie z.B. Schizoidie, Autoritätsprobleme, Selbstisolierung usw.; von „seelischen Behinderungen als Folgezustände schwerer chronischer Krankheitsverläufe", wie z.B. Gehirnverletzungen (*R. Goulding* 1963) und Krebserkrankungen (*Harbison* 1978); von „seelischen Behinderungen auf Grund extremer Situationen, wie z.B. langjähriger Haft oder schicksalhafter psychischer Traumen".

TA findet auch Anwendung in der Behandlung von *Psychosen und psychosenahen Krankheitsbildern* , wie z.B. beim schizophrenen Formenkreis (*J. Schiff* et al. 1975; *Wood* u. *Wood* 1982) bei Anorexia nervosa (*J. Schiff* 1977a; *Andrewartha* 1982) und beim manisch-depressiven Formenkreis (*Loomis* u. *Landsman* 1980; 1981).

TA wird ebenso in der Therapie verschiedener Formen von *Persönlichkeits- bzw. Charakterstörungen* angewandt. *Brown* (1977) unterscheidet vier verschiedene Ausformungen, deren gemeinsames Kennzeichen ausagierendes Verhalten ist:

1. Spezielle Symptomatik: z.B. Stottern, Drogensucht, Alkoholismus (*Steiner* 1968, 1971, 1979; *Cheah/Barling* 1977; *Windes* 1973; *Kemp* 1972; *Harsch* 1976, 1980), Arbeitssucht, sexuelle Abartigkeit, Sich-vereinsamen.
2. Verwirrte Persönlichkeit.
3. Triebgesteuerte Persönlichkeit: z.B. Eltern, die ihre Kinder zwanghaft mißhandeln (*Sinclair-Brown* 1982).
4. Soziopathie: z.B. bei Kriminellen (*Adams* 1974; *Abu Saba* 1977; *Corsover* 1979; *Groder* 1979; *Windes* 1979).

Die Frage der Indikation bzw. Kontraindikation betrifft weniger die TA als Ganzes, als vielmehr bei der Breite ihrer theoretischen und praktischen Konzepte einzelne Teilaspekte. So gehört es z.B. zur

Regel, mit psychotischen oder psychosenahen Klienten keine Arbeit mit einem oder mehreren leeren Stühlen zu machen, da dies die pathologische Persönlichkeitsspaltung noch forcieren und zu einem psychotischen Schub führen könnte. Hier sind bevorzugt Methoden der Entrübung, der Spielanalyse und der Konfrontation von Denkstörungen und symbiotischem Verhalten angezeigt. Andererseits ist die Therapie von Schizoiden und anderen, die ihre Gefühle ausgeschlossen oder umgedeutet haben, auf Dauer mit nur klärendem Vorgehen kaum erfolgversprechend.

7.1.2 In der Therapie von Erwachsenen

Die TA wurde in der Therapie von Erwachsenen für Erwachsene entwickelt.

7.1.3 In der Kindertherapie

Die TA hat inzwischen auch Eingang in die Kindertherapie gefunden (*M. James* 1977d). Die TA als „Psychologie vom Kind her" mit ihren Graphiken und anschaulichen, den „kleinen Professor" stimulierenden Bildern erwies sich dabei als besonders brauchbar, auch mit Kindern klare Absprachen zu treffen, klärend und verändern zu arbeiten (*Kleinewiese* 1980; und o.J.). Dazu gehören auch so schwere Erkrankungen wie infantiler Autismus (*Romanini* 1982).

7.1.4 In der Familientherapie

Als ganzheitlich-systemische Psychotherapie, die sowohl das Intra- wie das Inter-Personale miteinander verbindet, ist die TA besonders für Familientherapie geeignet (*J. James* 1977; *Erskine* 1982). Deutlich wird dies z.B. am familientherapeutischen Ansatz von *McClendon*, die ihr Vorgehen in drei Stadien beschreibt (1979):

1. Diagnose des Familiensystems und der gegenseitigen Skriptverzahnung mit Hilfe transaktions-analytischer Konzepte.
2. Skriptanalyse und Neuentscheidung auf der Ebene des Individuums.
3. Interpersonale Reintegration aufgrund der Neuentscheidung zu einer veränderten Beziehungsstruktur (s. dazu auch *Kadis* u. *McClendon* 1980; *Bader* 1976, 1980, 1982). Transaktionsanalytische Familientherapie läßt sich deshalb auch gut mit anderen systemorientierten Ansätzen verbinden (z.B. *Minucchin* 1977; *Satir* 1972; *Bandler, Grinder* u. *Satir* 1976).

7.1.5 In der Gerontotherapie

Spence (1974) hat ein Modell transaktions-analytischer Gruppenarbeit mit alten Menschen vorgelegt, die sich noch selbst versorgen können oder die in Heimen leben. TA erweist sich dabei als ein geeignetes therapeutisches Medium, zum einen, um eine Sprache zur Verfügung zu stellen, in der sie ihre Probleme artikulieren können, zum anderen, um dann auch noch in diesem Alter frühe Skriptentscheidungen zu revidieren, das freie Kind zu stimulieren und Neues zu entdecken; zum weiteren auch dem rebellischen Kind mit seiner Auflehnung gegen Alter und Beschwerden Raum zu geben und den Gedanken an das eigene Sterben im Schutze dieser Gruppe an sich herankommen zu lassen.

7.2 Nicht-klinische Anwendungsbereiche

Die nicht-klinischen Anwendungsbereiche der TA haben in den letzten Jahren immer mehr an Bedeutung gewonnen. Dem trägt auch Rechnung, daß neben der klinischen die sogenannte „berufsspezifische" Ausbildung zum Transaktions-Analytiker eingeführt wurde. Hier lernen Lehrer, Pfarrer, Sozialarbeiter usw., wie sie ihre Berufsaufgaben besser mit Hilfe der TA erfüllen können (s. 2.5).

7.2.1 Prävention

Der Gedanke der Prävention, sowie der Hilfe zur Selbsthilfe und Eigentätigkeit der Menschen, nimmt in der TA einen breiten Raum ein. Sie fördert sie durch das Angebot von leicht verständlicher und anwendbarer *Information* über menschliche Bedürfnisse und Verhaltensweisen mit Hilfe von Büchern, Beratungsangeboten und Informationsgruppen. Wenn beispielsweise Menschen ihr „ohne Freude-Skript" ändern und Freude in ihrem Leben zulassen, werden sie weniger zum Alkohol und zu Medikamenten greifen , um ihre Probleme zu lösen (*Steiner* 1982; *Harsch* 1976, 196).

TA kann ebenfalls bei der Vorbereitung werdender Eltern (*Edwards* 1977) und in der unterstützenden Begleitung von Eltern in ihrer Erziehungsaufgabe (*Babcock* u. *Keepers* 1980) Hilfestellung bieten. Die Vorbereitung auf das Altwerden ist das Ziel der transaktionsanalytischen Gruppenarbeit von *Fielding* (1977; 1979). Die begleitende Gruppenarbeit bei Maßnahmen beruflicher Rehabilitation bzw. Umschulung (*Mackey* 1977) kann als sog. tertiäre Prävention angesprochen werden.

7.2.2 Soziotherapie

Schon bald kam es (s. 3. Menschenbild) von theoretischen Erwägungen und praktischen Aktionen aus zu einer Erweiterung der TA hin zu einer Therapie der Gesellschaft und ihrer Untergliederungen. Dies geschah zum einen dadurch, daß man Theoriekonzepte der TA auf gesellschaftliche Verhältnisse übertrug und daraus soziotherapeutische Strategien ableitete (*Orten* 1973). *M. James* (1975) z.B. verwendete dazu das Konzept der Ich-Zustände, *Haimowitz* (im Zusammenhang mit der Rassenintegration an den amerikanischen Schulen) das Spielkonzept (1968). Diese Gleichsetzung von psychologischen und soziologischen Strukturen blieb nicht unwidersprochen (*Karakashian* 1974).

Eine andere Form der Soziotherapie entwickelte *Haimowitz* (1975) mit seinem Modell der kostenlosen Groß-Gruppen-Therapie mit hunderten von Teilnehmern, um auch ärmeren Bevölkerungskreisen Therapie zukommen zu lassen.

Eine Verbindung von Psycho- und Soziotherapie streben *Barnes* (1979b) und *Steiner* (et al. 1975) durch die Gründung von überschaubaren Kleingruppen an, die sich die Verwirklichung eines Projektes (z.B. Einrichtung eines Jugendzentrums in einer Stadt) zum Ziele setzen. Die Teilnehmer schließen miteinander einen klar vereinbarten Vertrag, dieses Ziel zu erreichen und die auf dem Weg dahin auftauchenden persönlichen und kommunikativen Probleme zu bearbeiten. Beide haben diesen Ansatz auch zum Inhalt eines Fortbildungsprogrammes in „Psychotherapie und sozialer Veränderung" (*Barnes*, s. den Bericht von *Lessler* 1979), bzw. „Radikaler Psychiatrie" (*Steiner* et al. 1975; *Steiner* 1981) gemacht. Als Anleitung zu einem derartigen Vertragsabschluß entwickelte *Barnes* einen eigenen Evaluationsbogen: „Schritte zur Entwicklung und Verwirklichung von Kontrakten zur Problemlösung" (Autorenmanuskript, dt. Übers. von *Harsch*).

Ein weiterer Teilaspekt von Soziotherapie ist auch die Hilfestellung, die die TA Frauen und Männern bietet, ihre *Geschlechtsrollen* neu zu bestimmen, indem sie sich mit den alten, kulturell geprägten und tradierten Geschlechterrollen auseinandersetzen. Dieses Bemühen nimmt innerhalb der TA einen breiten Raum ein (*Hamsher* 1973; *M. James* 1973b; *Wyckoff* 1971; *Jongeward* u. *Scott* 1976). In der Bearbeitung der *Wechselwirkung* zwischen kulturellen (gesellschaftlichen) und individuellen Skripts sehen deshalb manche Transaktions-Analytiker auch einen fruchtbaren neuen Ansatz (*Karkashian* 1974; *White* u. *White* 1975; *T. White* 1980; *Roberts* 1975 b; *Steiner* et al. 1975).

7.2.3 Pädagogik

In die Schule hat die TA schon früh Eingang gefunden: in der Neureflexion der Erziehungswirklichkeit in Schule und Klassenzimmer (*Duff* 1972; *K. Ernst* 1972; *Hesterly* 1974; *Garrison & Fischer* 1978; *Wandel* 1977, 1979), in speziellen Angeboten für Schüler mit Verhaltensschwierigkeiten (*Frazier* 1971; *Erskine* u. *Maisenbacher* 1975; *James* u. *Jongeward* 1975b), ferner in Beratungsangeboten für Lehrer (*Kenney* u. *Lyons* 1980; *Wandel* 1977, 1979). Umfassende Entwürfe einer transaktions-analytisch orientierten Pädagogik haben *Babcock* u. *Keepers* (1980) sowie *M. James* (1974) vorgelegt.

7.2.4 Andere Anwendungsbereiche

a. Die TA findet auch Anwendung in der Aus- und Fortbildung von *Krankenpflegekräften* zum hilfreicheren Umgang mit Patienten (*Chandier* 1977; *Hover* 1976).

b. Die TA wurde ebenfalls von *Pfarrern und Theologen* aufgenommen: zur religionspsychologischen Analyse von Gottesbildern und Frömmigkeitsformen (*M. James* 1973a; *James* u. *Savary* 1977a; *Greer* 1975; *Harsch* 1978), zum Verstehen von Kommunikationsabläufen in Predigt und Liturgie (*Homiletische Arbeitsgruppe* 1977; *van der Geest* 1978; *Harsch* 1979, *H.M. Barth* 1981) und in der beratenden Seelsorge (*Clinebell* 1971; 1983; *Harsch* 1973; *Betz* 1975; *Pompey* 1976; *M. James* 1977 f; *Kleist* 1983). Dies blieb jedoch nicht ohne Kritik (*Oden* 1977; *Steere* 1983; *Fischer* 1981 u. dazu *Born/Harsch/Weil* 1981).

Die TA wurde ebenso eingesetzt in der Aus- und Fortbildung von wirtschaftlichen *Führungskräften* (Managementtraining) und zur Beratung von Arbeitsteams zur Verbesserung der Arbeitsabläufe und des Betriebsklimas (*Berne* 1979; *Novey* 1973; *James/Jongeward* 1975 a; *Bennett* 1977; *Burke* 1977; *Poindexter* 1977; *Rüttinger* 1982; *Meininger* 1978; *Rautenberg* u. *Rogoll* 1980).

8. Evaluation und Forschung

Auswertung ist ein der TA-Therapie inhärentes Element. In Erfüllung des Vertragskonzeptes überprüfen Therapeut und Klient ständig, an welchem Vertrag sie arbeiten, wie und ob er erfüllt ist. Das gilt sowohl hinsichtlich des Arbeitsvertrages für die einzelne Sitzung wie für übergreifende Verträge, besonders jedoch für den Abschluß einer Therapie.

Auswertungen im Sinne einer wissenschaftlich-systematisierten Erfolgskontrolle der TA begannen erst seit 1971 (s. dazu *Carter McCle-*

naghan 1978); im deutschen Sprachraum sind sie erst in Bearbeitung. So hat *McNeel* z.B. in seiner Dissertation (1975) eine umfassende Untersuchung über die Wirkungen eines Intensiv-Wochendend-Marathons der Neuentscheidungsschule (*Goulding* u. *Goulding*) vorgelegt (Zusammenfassung in *McNeel* 1982). Seine Untersuchung ergab signifikant positive Veränderungen infolge der konzentrierten Kurztherapie, die drei Monate nach Abschluß noch anhielten und von den nächsten Angehörigen bestätigt wurden.

Eine ähnliche Auswertung liegt als Dissertation von *Bader* (1976) über einen Intensiv-Familientherapie-Workshop vor (Zusammenfassung in *Bader* 1982).

Eine für die TA interessante *Vergleichsstudie*, weil von außen vorgenommen, ist die von *M.A. Liebermann/Yalom* und *Miles* (1973), in der verschiedene Formen der Gruppenarbeit miteinander verglichen werden: Gruppendynamische T-Gruppe, Gestalt, Psychodrama, Psychoanalyse, Transaktionsanalyse, Esalen-Encountergruppe, Rogersche Gesprächstherapie, Synanon etc. Insgesamt waren es 17 Gruppen, einige Richtungen waren zweimal vertreten. Die beiden TA-Gruppen plazierten sich in der Gesamtauswertung auf sehr unterschiedlichen Plätzen: eine unter dem Leiter der Neuentscheidungsschule ganz an der Spitze, die andere mit einem Leiter aus der „klassischen Schule" ganz am Schluß. Dies macht deutlich, daß die Methode allein wenig besagt, entscheidender scheint der Prozeß zwischen der Persönlichkeit des Therapeuten, seiner Methode und den Klienten zu sein[9].

9. Fallbeispiel

F. (28 Jahre), Student, wird vom Arzt wegen Schlaf- und Konzentrationsstörungen zur Psychotherapie überwiesen. Im Erstgespräch schildert er dem (männlichen) Therapeuten seine Situation am Ende seines Studiums: Er ist hin und her gerissen zwischen dem Wunsch, sein Abschlußexamen zu machen, und noch weiter zu studieren. Dieses lange Hinauszögern des Examens hat schon zu heftigen Auseinandersetzungen mit seinem Vater geführt, der möchte, daß er (mit Abschlußexamen) zurückkommt. Je größer der äußere und innere Druck wird, desto unfähiger sieht er sich jedoch, sein Examen anzugehen. Dies hat ihm schon viel Leid und innere Spannung verursacht, so daß er kaum noch schlafen und sich auf seine Arbeit konzentrieren kann.

Als übergreifenden Vertrag formuliert F., und der Therapeut stimmt dem zu: „Ich will die bevorstehende Prüfung erfolgreich schaffen und mich nicht davon leiten lassen, ob mein Vater stolz auf mich ist, son-

dern unabhängig von ihm Erfolg anstreben." Im Verlauf mehrerer Arbeiten in der Gruppe löst sich F. von seinem Trotz, nur deshalb keine erfolgreiche Prüfung zu machen, damit sein Vater nicht vor anderen mit ihm angeben könne. In der Übertragungsbeziehung zum Therapeuten wurde parallel dazu dasselbe Thema bearbeitet, da die Gefahr bestand, daß F. aus ähnlichen Motiven wie dem Vater gegenüber auch den Erfolg der Therapie sabotiere.

Im folgenden das Transkript einer weiteren Arbeit in der Gruppe, wobei alle äußeren Angaben so verändert sind, daß etwaige Erkennungsmöglichkeiten ausgeschlossen wurden. F's Arbeit waren Arbeiten anderer Gruppenmitglieder vorausgegangen, in denen es um die Themen „Abschiednehmen", „Trauerarbeit" und „Versöhnung" gegangen war.

Verlaufsprotokoll	*Anmerkungen*
F: Ich habe heute gemerkt, ich fessele mich an Vater mit Rachegedanken.	
Th: Hast du das heute zum ersten Mal gemerkt?	Will abklären, ob Wiederholung von Ersatzgefühl.
F: Ja, ich fand es gut! Und ich möchte aufhören damit.	
Th: Gut, du möchtest!	Vertrag und Vertragsbestätigung
F: Ich will aufhören, weiter den Groll zu hegen und aufzurechnen. Als ich über das magische Denken nachdachte, daß er kaputt ist und leidet, bis ich komme und sage, o.k., es ist alles in Ordnung ... Ich habe was Spezielles im Kopf, was ich gegen ihn gehalten habe als Drohung: Er hat mich mal ausgetrixt, in einem Geschäft übers Ohr gehauen.	
Th: Machs in der Gegenwart, sag's ihm jetzt!	Vom Erzählen zum Durcharbeiten mit emotionaler Beteiligung

F: Du hast ... mir das abgeluchst und ich fühle mich überrumpelt, das blutet ganz schön, daran kann ich den Haß und die Rache immer wieder aufblühen lassen. In letzter Zeit, wenn ich Versöhnung spüre, dann habe ich mich zurückgerufen ... Ne, ich will nicht mehr mit ihm abrechnen.

Th: Immer wieder und jetzt noch einmal! „Abgeluchst" erscheint mir als ein Deckwort, ihn zu schonen. Was tut er dir eigentlich an, wenn du's ganz klipp und klar ausdrückst?

F: Er hat mich hintergangen!

Th: Sag's ihm!

Vom Bericht zum Dialog zurückführen

F: Du hast unsere Beziehung verraten!

Th: ... mich verraten.

Das Reden über „Beziehung" ist unpersönlich und erleichtert es, Gefühle auszublenden.

F: Ja, du hast mich verraten! Früher war klar, daß ich das bekommen sollte, dann bist du ausgewichen und hast mich stehenlassen. Du hast mich betrogen! ...

Th: Wie ist das jetzt? Willst du das loslassen?

F: Ja.

Th: Sag's ihm!

F: Papa, ich will aufhören.

Th: Du hältst es weiter fest, wenn du sagst „ich will".

Widerstand: Absichtserklärung statt Tun.

F: Ich werde ..., ich will Ruhe finden mit dir!

Th: Ja, das wird danach kommen, wenn ...

F: Ich höre auf!

Th: O.k.

F ... den Groll immer auf's neue hochzupeitschen!

Th: Stattdessen?

F: Stattdessen möchte ich dir zuhause ruhig begegnen können.

Widerstand: Überspringt den Dialog jetzt in Zukunftsphantasie.

Th: Du denkst voraus. Was ist hier. Du sagst, „ich höre auf!" Was sind die Folgen? Laß dir Zeit, es von unten raufkommen zu lassen, denn es ist etwas Neues, wenn du Rache losläßt. Was stattdessen, wenn du losgelassen hast?

Erlaubnis, das Thema emotional durchzuarbeiten, statt nur kognitiv.

F: Ich möchte ohne Sperre, die dazwischen war, ihn nehmen, wie er ist.

Th: Sag's ihm!

F: Ich hänge immer am Verzeihen!

Th: Wie?

F: Ich kann's ja nicht aus der Welt schaffen! So ist er eben!

Th: Probiere: „Ich nehme dich an, wie du bist, mit dem Faktum, was du mir angetan hast, und jetzt verzeihe ich dir."
Was ist da bei dir?

F: Ich habe Angst, daß ich es wieder zurückhole, die Vergangenheit wieder aufwärme, das möchte ich nicht.

Hier wird der emotionale Widerstand deutlich, der Grund für das Zögern ist.

Th: Du möchtest nicht und hast Angst davor. Wie ist das?

F: Ich muß aufpassen, daß ich's nicht zurückhole!

Th: Du hinterlegst es? Machst es mit Vorbehalten?

F: Ja, aber das geht nicht.

Th: Sag' mal, was verzeihst du dir selber nicht?

Erlaubnis, die Projektion zurückzunehmen. Thema der Arbeit ist jetzt sein Ärger auf sich selbst.

F: Ich habe mich lange geärgert, daß er das mit mir gemacht hat.

Th: Und wie lange wirst du dir das nicht verzeihen?

F: Ich will das auch lassen, daß ich da nicht aufgepaßt habe.

Th: Und läßt du das jetzt? Verzeihst du dir das?

F: Mir ist ganz heiß jetzt, besonders bei dem, daß ich es mir nicht verziehen habe.

Körperreaktion zeigt, daß der emotionale Kern seiner Probleme erreicht ist.

Th: Womit machst du dir heiß?

F: Oh, da habe ich Angst, daß ich wieder was verkehrt mache!

Th: Wie das? Wie machst du etwas Verkehrtes, wenn du dir verzeihst? Ich höre, da ist ein Teil, der will verzeihen, und ein Teil, der Angst hat, was falsch zu machen.

Innerer Konflikt zwischen zwei Ich-Zuständen (fK und aK) wird nach außen verlegt und therapeutisch angehbar gemacht.

F: Ja.

Th: Welchen willst du jetzt sprechen lassen?

F: Den Teil, der verzeihen will.

Th: Gut, wie ist dir?

F: Ich möchte bloß zur Ruhe kommen (stöhnt auf), ich habe den Wunsch danach!

Th: Und sag', was es bedeutet „zur Ruhe kommen".

F: Einfach in Ruhe leben, keine Vergangenheit, nur Ruhe!

Th: Ich höre viele Vorstellungen, was du nicht mehr willst. Wie willst du mit dir leben?

F: Zeit für mich haben, Ruhe (stöhnt und seufzt).

Th: Wechsele jetzt mal, sprich für den Teil, der Angst hat, was falsch zu machen, wenn du verzeihst.

F: Paß auf, das wird 'ne faule Sache! Ob du es wirklich willst? Ich paß auf dich auf, daß dir das nicht wieder passiert! Ich beschütze dich!

Th: Du beschützt den F.? Wie?

F: Ich bin die Rache! Ich will gar keine Ruhe, ich paß auf, daß dir das nicht wieder passiert. Ich will gar nicht verzeihen!

Th: Wechsele wieder, sprich für den Teil, der verzeihen will; was sagst du dazu?

F: Du hast einen Irrglauben! Ich glaube einfach nicht mehr, daß du — Rache — nötig bist; immer nur Achtung! In Groll verkriechen, Vorsicht — ne, ich brauch dich nicht mehr!

Th: Und wenn du Fehler machst?

F: Dann brauch' ich ihn nicht mehr! Ich kann mit Fehlern leben. Ich kann ja aus Fehlern lernen, dazu kann ich den nicht mehr brauchen!

Th: Wie fühlst du dich dabei?

F: Oh, gut (atmet tief auf).

Th: Wechsele, laß die Seite sprechen, die Rache will.

F: Du wirst vielleicht schnell genug zu mir zurückfinden!

Th: Was wirst du dann tun?

F: (wechselt die innere Position): Ich kenne dich, wenn du grollen willst, dann weiß ich, daß ich mich selbst schützen kann.

Th: Du brauchst *ihn* zum Schützen nicht mehr?	Motiv für den Widerstand ist hinfällig.
F: Ja, ich spüre das! Ich kann mit Fehlern umgehen ohne den!	
Th: Du kannst Fehler dir zugestehen, draus lernen! Und da ist das noch mit Vater!	Ursprünglicher Vertrag wird wieder einbezogen.
F: Mit Vater, ach ja! Ich kann ihn lassen mit seinen Fehlern!	
Th: Mit seinem Verrat? Sieh ihn vor dir, sag's ihm!	Wieder im Dialog mit Vater.
F: Ja, Papa, der Fehler von dir, ich brauch' den nicht mehr, ich kann den lassen! Ich will neu auf dich zugehen, vorbehaltslos begegnen und den Kram weglassen! ich denke, das wird mir guttun und dir!	
Th: Das find' ich gut! Probier mal ohne „kann", tu's jetzt, vollziehe es und spüre dabei!	
F: (mit Tränen): Papa, ich lasse die Rache, ich bin offen zu dir! (streckt die Hände aus). Ich merke, das greift! (atmet tief)	Emotionaler Anteil wird erlebt.
Th: Toll, lass es greifen! Spüre die Versöhnung!	
F: Oh, ich kann das auch aushalten (weint).	
Th: Weil?	
F: Das tut gut und es hängt von mir ab! (F. wendet sich zu jemand in der Gruppe und läßt sich fest halten und streicheln)	
Th: Gut so? Fertig?	Abklären, ob Vertrag erfüllt und Arbeit mit Therapeuten zu Ende ist.
F: Ja.	

Einige Zeit später berichtet F. von einer realen Begegnung mit seinem Vater, in der er überprüft, ob die Lösung von den Rachegedanken emotionale Gültigkeit hat: Er sieht den Vater nun mit den Augen eines

Erwachsenen, spürt liebevolle Zuneigung statt Groll und erlebt, daß sein Vater sich auch ihm gegenüber langsam mehr öffnet, da — wie F. meint, dieser sich weniger bedroht fühlt.

Im Verlauf der weiteren Therapie hat das Thema Rache an Vater für erlittenes Leid keine Bedeutung mehr.

Die anstehende Prüfung hat F. inzwischen erfolgreich abgelegt.

10. Kritische Reflexion des Verfahrens

Die Stärke der TA — ihre Einfachheit, leichte Verständlichkeit und Popularität — ist zugleich ihre Schwäche:

— Die Einfachheit verwandelt sich dann zur Simplifizierung, und *Berne's* geniale Reduktion der Vielfalt psychischer und kommunikativer Phänomene auf eine überschaubare Zahl von Grundkategorien wird zur Reduktion des Menschlichen auf begriffliche Funktionen, so daß man z. B. glaubt, mit El, ER, K den ganzen Menschen in seiner Vielschichtigkeit erfaßt zu haben.

— Damit verbunden ist die Gefahr, diese „Modelle" für die Wirklichkeit selbst zu halten und neue Etikettierungen vorzunehmen, von denen *Berne* gerade befreien wollte, wenn man z. B. solche Feststellungen trifft wie: „Jetzt bist Du ganz Eltern-Ich!' (*Hagehülsmann* und *Hagehülsmann* 1983, 1343).

— Die leichte Zugänglichkeit und Einfachheit von TA verleitet manche Menschen dazu, sich als TA-Therapeuten auszugeben und als solche tätig zu werden, ohne die notwendige Ausbildung dafür zu besitzen. Es ist Aufgabe der Standesorganisationen (ITAA und DGTA), diese unethische Verwendung von TA wenn notwendig auch öffentlich zu konfrontieren, um sie so weit als möglich zu unterbinden.

Im Vorgang ihrer Popularisierung pervertierte die TA bei manchen zu einer Ideologie, was sich negativ auswirkte: Der von *Berne* angestrebte autonome Mensch, der sich von seinen elterlichen Einschärfungen befreit hat, wird dann zu einem neuen Gesetz im alten Skript, das die Entfremdung des Menschen nur noch weiter vertieft und ihn von seiner Realität abheben läßt.

Die TA wird dann zu einem Allheilmittel, mit dessen Hilfe alle Weltprobleme zu lösen sind (s. dazu *Harris* 1967, 1973, bes. die 2. Hälfte). Dies führt zur Überschätzung des eigenen psychologischen Systems. *Steiner* hatte davor schon 1974 (dt. 1982, 21 f) gewarnt: „Ich befürchte, daß die Transaktionsanalyse, die ursprünglich für die theoretische und praktische Arbeit der Psychiatrie entwickelt worden war,

wegen ihrer breiten Anziehungskraft und leicht eingängigen Grundzügen zu einem kommerzialisierten Konsumartikel wird ... und zu einer bequemen Theorie des Common sense verkommt".
In dieser ideologisierten Form wurde TA zum Panier mancher liberaler Mittelständler, um sich damit Selbstvertrauen, Glück und Schuldfreiheit zu garantieren. Dabei „dürfte die TA wunderlicherweise auf andere Art ebenso erzbürgerlich sein wie alle jene bürgerlichen Werte, gegen die sie aufzubegehren scheint" (*Oden* 1977, 106).

Im Gegensatz zu dieser Entwicklung ist *Barnes* (1979, 45) der Meinung, daß die Klienten der TA mehr erhalten sollten als in der traditionellen Psychotherapie. Dieses Mehr sieht er in der Wahrnehmung und Veränderung der pathologischen Aspekte der kapitalistischen Wirtschaft und anderer gesellschaftlicher Institutionen.

Freilich hatte umgekehrt die Wirtschaft Ende der 60er Jahre bereits die Nützlichkeit der TA zur Steigerung ihres Profits entdeckt. American Airlines ließ durch eine Firma für Lernprogramme aus dem Buch von *Harris* (1967) ein Trainingsprogramm für Angestellte entwickeln, wie sie gezielter mit schwierigen Kunden umgehen könnten. Dieses Programm wurde an andere Fluglinien, Banken, Wettbüros und Organisationen für Verkaufstraining weiterverkauft. Was ursprünglich ein Instrument war, um aufgrund eines mit dem Klienten geschlossenen Behandlungsvertrages Heilung zu erzielen, wurde dadurch zu einem Instrument einseitiger Manipulation, um z. B. Leute zum Kaufen von Sachen zu bewegen, die sie bei klarem Denken nicht nehmen würden (*Steiner* a.a.O.). Wie die TA in diesem Bereich auch anders verwendet werden kann, zeigen die Arbeiten von *Kleemann* (1979) und *Vanderburgh* (1979).

11. Zusammenfassung

Verfolgt man die Entwicklung *Eric Bernes* von der Psychoanalyse zur Transaktions-Analyse anhand seiner Beschäftigung mit dem Phänomen der Intuition, so zeigt sich, wie er aus der Psychoanalyse, vor allem von *Freud* und *Federn*, Elemente aufnahm und in seine neue Theorie einbaute. Von seinem Konzept eines Lebensdrehbuches (Skript) bestehen ebenfalls enge Beziehungen zu *Alfred Adlers* Individualpsychologie. Das Besondere an der TA ist jedoch, daß *Berne* diese einzelnen Elemente zu einem neuen Ganzen psychotherapeutischer Theorie und Praxis verband.

Beschrieben wurde dann, wie sich 25 Jahre nach ihrer Begründung und 13 Jahre nach dem Tode *Bernes* die TA bereits in die meisten Län-

der der Erde ausgebreitet hat. Aufgrund persönlicher und theoretischer Differenzen und infolge von Amalgamierungen mit verschiedenen anderen Psychotherapiemethoden (z. B. Gestalt, Psychodrama, Verhaltenspsychologie) kam es inzwischen zur Ausbildung unterschiedlicher Schulen, so daß man nicht mehr von der TA als einheitlicher Größe sprechen kann. Die Internationale Gesellschaft für TA (ITAA) ist das organisatorische Band, das weltweit diese komplexe Größe zusammenhält und einen einheitlichen Standard von Aus- und Fortbildung und Weiterentwicklung von Theorie und Praxis der TA garantiert.

Den Menschen in der Sicht der TA charakterisieren die Merkmale „Ganzheit von Person und Situation", „lebens- und liebenswert", „bedürfnisgeleitet", „verletzlich, mit der Notwendigkeit sich zu schützen", „selbstbestimmend und eigenverantwortlich", „mit der Möglichkeit sich selbst zu verändern durch Neuentscheidungen". Dies alles kristallisiert sich in dem Ideal der „autonomen Person" mit ihrer Fähigkeit zu Bewußtheit, Spontaneität, Intimität und zu solidarischer Mitverantwortung für die weitere Gesellschaft und Welt. Krankheit stellt sich in diesem Zusammenhang dar als Ausdruck dysfunktional gewordener Überlebensstrategien, weshalb der Übergang von „gesund" zu „krank" auch sehr fließend gesehen wird.

Das Persönlichkeitsmodell der TA beschreibt *Berne* mit Hilfe der Ich-Zustände (EL, ER, K) in ihren strukturalen und funktionalen Aspekten. Es wurde deutlich, wie sie in der Kommunikation zwischen Menschen auch transaktional wirksam werden und es zum Austausch von positiver bzw. negativer Zuwendung kommt, aufgrund deren der Mensch bereits in frühester Kindheit grundlegende Entscheidungen trifft über Art und Ausdruck seiner Gefühle, über die Art der Zuwendung, die er bekommt und gibt, und darüber, wie er sich vor unliebsamen Erfahrungen schützt. Aus dem allen bildet er bis zum Abschluß des ersten Lebensjahrzehnts einen Lebensplan, der sein weiteres Leben bestimmt.

Auf dem Hintergrund einer ganzheitlich-systemischen Wissenschaftstheorie wurde dann das transaktionsanalytische Psychotherapieverständnis ermittelt. Krankheit wurde definiert als Ichzustandspathologie struktureller bzw. funktionaler Art, als transaktionale Pathologie (Spiele und Rackets) und als Skriptpathologie. Dabei dienten die vorgestellten Konzepte der Trübung und des Ausschlusses von Ich-Zuständen, der symbiotischen Beziehungsstrukturen, der verschiedenen Arten der Kommunikation, der Spiele, der Skript- und Racketsysteme zugleich als diagnostische Konzepte zur Beschreibung pathologischer

Zustände. Das Ziel der Therapie wird in der TA durch den therapeutischen Vertrag bestimmt, den Klient und Therapeut miteinander schließen. Zunächst können es Ziele sein zur Veränderung eines bestimmten destruktiven Verhaltens, das Idealziel ist jedoch der autonome Mensch, wie er oben skizziert wurde.

Nach der Darstellung der einzelnen Phasen des therapeutischen Prozesses wurden verschiedene Techniken zur Bearbeitung spezifischer dabei auftretender Problemstellungen beschrieben. Die Frage, ob und in welcher Reihenfolge die verschiedenen Phasen durchlaufen werden, wird allerdings von den einzelnen Schulen der TA unterschiedlich beantwortet. Die therapeutische Beziehung wird durch den Vertrag und die drei P's bestimmt (Potency, Protection und Permission). Ob die „Stärke" mehr beim Therapeuten oder beim Klienten liegt, sieht man in den einzelnen Schulen jedoch unterschiedlich. Übertragung, Widerstand und Abwehr werden als Arrangements im Rahmen des Skriptes zum Schutze des inneren K verstanden. Sie brauchen in der Therapie nicht erst provoziert zu werden, sondern sind ständig wirksam. Die TA bietet eine Vielzahl von Methoden, aktiv mit diesen Phänomenen umzugehen, vor allem durch die grundsätzliche Anerkennung dieser „Schutz-Maßnahmen".

Im weiteren wurde dann die klinische Anwendung von TA in ihren vielfältigen Möglichkeiten als Einzel-, Gruppen-, Paar-, Familien- und Teamtherapie zur Behandlung von Krisensituationen, von neurotischen und psychotischen Störungen bei Erwachsenen, in der Kindertherapie und bei alten Menschen beschrieben. Hinweise erfolgten auf Ansätze, TA auf die Veränderung gesellschaftlicher Strukturen anzuwenden. Erwähnung fanden ebenfalls die Anwendungen von TA in bestimmten Berufsfeldern wie Pädagogik (in Schule und Elternhaus), Krankenpflege, Seelsorge, kirchlicher Gemeindearbeit, Verwaltung und Betriebsführung. Information erfolgte, daß es für diese berufsspezifische Anwendung der TA eigene Ausbildungsgänge gibt.

Schließlich wurde auf einige wissenschaftliche Untersuchungen zur Erfolgskontrolle transaktions-analytischer Therapie eingegangen. Ein Ergebnis, das dabei besonders bedeutsam war, lautete, daß die Methode allein noch wenig besagt, sondern daß es der Prozeß zwischen Therapeut, Methode und Klient zu sein scheint, der die Methode erst wirksam werden läßt.

Die Einfachheit der TA und ihre breite Anwendungsmöglichkeit sind ihre Stärke, haben jedoch auch negative Folgen, auf die ausdrücklich hingewiesen wurde.

Anmerkungen

[1]) Racket bezeichnet in der TA sowohl bestimmte immer wiederkehrende negative Gefühle, wie auch die erpresserischen Manöver, um dafür Zuwendung zu erhalten (s. 5.2.3).

[2]) Nach *Cheney* 1971.

[3]) *Berne's* Bibliographie siehe: *Crammer* 1971; *Schlegel* 1979, 12-15.

[4]) Literatur zu diesem Abschnitt: *Steiner* 1971a; 1982; *M. James* et al. 1977a; *Cheney* et al. 1971; *Levaggi* et al. 1971; *English* 1976a; Remembering Eric, in: „Script", Nachrichtenblatt der ITAA, San Francisco, Vol. VIII/9, Nov. 1978.

[5]) Die Preisträger des *Eric Berne Gedächtnispreises* seit 1971 und ihre ausgezeichneten Arbeiten: *1971: Claude Steiner*, 1966, Skriptmatrix; *1972: S. Karpman*, 1968, Dramadreieck; *1973: J. Dusay*, 1971, Egogramm; *1974: A.* u. *J. Schiff*, 1971, Symbiose, Passivität und Abwertung; *1975: Robert* und *Mary Goulding*, 1976, Neuentscheidungstherapie; *1976: P. Crossman*, 1966, Die drei therapeutischen P's: Permission, Protection and Potency (Erlaubnis, Schutz und Stärke des Therapeuten); *1977: T. Kahler*, 1974, Miniskript (das Skript in kleinen Verhaltenssequenzen); *1978:F. English*, 1971, Rackets und Ersatzgefühle; *1979: S. Karpman*, 1971, Options (Entwicklung von Verhaltensalternativen mit Hilfe der Auswahl anderer Ichzustände); *1980: Cl. Steiner*, 1971, Der Streichelhaushalt (stroke economy); *K. Mellor* und *E. Sigmund (Schiff)*, 1975, Redefinierung und Abwertung; *1981:F. Ernst, 1971*, The OK Corral: The grid for Get-on-with (Die OK-Positionen und wie man dabei mit sich und den anderen umgeht); *1982: R. Erskine und M. Zalcman*, 1979, Das Racket-System (Skript-System); *1983: M. James*, 1974, Wie man selbst sein Eltern-Ich neu gestaltet (self-reparenting).

[6]) Diese Form der Skriptmatrix ist nach *Goulding* u. *Goulding* 1978. Andere Formen s. *Steiner* 1971c; *Berne* 1975; *J. Schiff et al.* 1975;*English* 1976a; *Woollams/Brown* 1978; *Kottwitz* 1980a.

[7]) Deutsche Übersetzung dieses Kapitels von *Schmidt-Mappes* und *Harsch* erscheint demnächst in „Neues aus der TA".

[8]) S. Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über tiefenpsychologisch fundierte analytische Psychotherapie ... s. Bundesanzeiger Nr. 76, 22.4.1976, S. 4-5.

[9]) Weitere Beispiele für Auswertungen finden sich bei *Carter McClenaghan* (1978) für die Zeit von 1971 bis Februar 1977, ferner im TAJ, 7:2, 1977, 176-177; 7:3, 1977, 279-285; 7:4, 1977, 346-349; 8:1, 1978, 52-55; 8:2,1978, 163-175; 8:3, 1978, 260-270; 9:3, 1979, 194-204; 10:1, 1980, 49-52; 11:3, 1981, 207-246; 11:4, 1981, 335-345; 12:1, 1982, 10-45; 12:2, 1982, 159-161; 12:3, 1982, 213-226; 13:1, 1983, 43-45; 13:2, 1983, 104-109; 13:3, 1983, 164-167.

Literatur

Wenn eine deutsche Übersetzung vorhanden ist, wurde das Werk jeweils mit der Jahreszahl der deutschen Übersetzung zitiert

Abu-Saba, M.B., The female juvenile delinquent, in: TAJ, 5:1, 1975, 62-65; und in: *James, M.* (Hrsg.), Techniques ..., 1977, 456-461.

Adams, L.W., Use of TA with Adult Male Inmates. An Evaluation, in: TAJ, 4:1, 1974, 18 f.

Andrewartha, G., Anorexia nervosa, Three Case Studies of TA Treatment, in: TAJ, 12:2, 1982, 105-114.

Babcock, D.E./Keepers, T.D., Miteinander wachsen. Transaktionsanalyse für Eltern und Erzieher, München 1980.
Bader, E., A Cured Family has Problems, in: TAJ, 10:2, 1980, 143-146.
Bader, E., Redecisions in Family Therapy: A Study of Change in an Intensive Family Therapy Workshop (Doctoral Dissertation, California School of Professional Psychology, 1976). Dissertation Abstracts International, 1976, 37B, 5, 2491 (University Microfilms No 76-25, 064).
Bader, E., Redecisions in Family Therapy: A Study of Change in an Intensive Family Therapy Workshop, in: TAJ, 12:1, 1982, 27-38.
Bandler, R./Grinder, J./Satir, V., Changing with Families. A Book about Further Education for Being Human, Palo Alto/Cal. 1976.
Barnes, G. et al., Transactional Analysis After Eric Berne. Teaching and Practices of Three TA-Schools, New York/N.Y. 1977. (Deutsch: Transaktionsanalyse seit Eric Berne. Eigenverlag des Instituts für Kommunikationstherapie, Dr. G. Kottwitz, Berlin. Bd. 1: Schulen der TA, Theorie und Praxis, Berlin 1979a; Bd. 2: Was werd' ich morgen tun? 1980; Bd. 3: Du kannst dich ändern, 1981).
Barnes, G., Gedanken zur Transaktionsanalyse, in: ders., TA seit Eric Berne, Berlin 1979b, Bd. 1, 14-53 (Einführung).
Barth, H.M., Wohin — woher mein Ruf? Zur Theologie des Bittgebetes, München 1981, 65-72.
Baum-Baicker, C., A multi level treatment model for use with depressed elderly clients, in: TAJ, 9:4, 1979, 261-264.
Baute, P., Intimacy and autonomy are not enough, in: TAJ, 9:3, 1979, 170-173.
Bennett, D., Im Kontakt gewinnen. Transaktionsanalyse als Führungshilfe, Heidelberg 1977.
Berne, E., The Nature of Intuition, in: Psychiatric Quarterly, 1949, 23, 203-226.
Berne, E., Concerning the Nature of Diagnosis, in: International Record of Medicine, 1952, 165, 283-292.
Berne, E., Concerning the Nature of Communication, in: Psychiatric Quarterly, 1953, 27, 185-198.
Berne, E., Intuition IV: Primal Images and Primal Judgment, in: Psychiatric Quarterly 1955, 29, 634-658.
Berne, E., Intuition V: The Ego-Image, in: Psychiatric Quarterly, 1957, 31, 611-627.
Berne, E., Transactional Analysis in Psychotherapy, New York/N.Y. 1961.
Berne, E., Principles of Group Treatment, New York/N.Y. 1966.
Berne, E., Games People Play, New York/N.Y. 1964. (Deutsch: Spiele der Erwachsenen, Hamburg 1967).
Berne, E., A Layman's Guide to Psychiatry and Psychoanalysis, New York/N.Y. 1947. (Deutsch: Sprechstunden für die Seele, Hamburg 1970).
Berne, E., Away from a Theory of the Impact of interpersonal Interaction on non-verbal Participation, in: TAJ, 1:1, 1971, 6-13.
Berne, E., Transscript of Eric Berne in Vienna 1968, in: TAJ, 3:1, 1973, 68-72.
Berne, E.; Sex in Human Loving, New York/N.Y. 1970. (Deutsch: Spielarten und Spielregeln der Liebe. Psychologische Analyse der Partnerbeziehung, Hamburg 1974).
Berne, E., What Do You Say After You Say Hello? New York/N.Y. 1972. (Deutsch: Was sagen Sie, nachdem Sie „Guten Tag" gesagt haben? München 1975).
Berne, E., Intuition and Ego-States. The Origins of Transactional Analysis, San Francisco/Cal. 1977.
Berne, E., The Structure and Dynamics of Organisations and Groups, Philadelphia 1963. (Deutsch: Struktur und Dynamik von Organisationen und Gruppen, München 1979).

Bertalanffy, L.v., The Theory of Open Systems in Physics and Biology, in: Science, 1950a, 11, 23-29.

Bertalanffy, L.v., An Outline of General System Theory, in: British Journal of Philosophy of Science, 1950b, 139-164.

Betz, O., Elemente der Transaktionalen Analyse in der seelsorgerischen Praxis, in: Wege zum Menschen, 27. Jg., 1975, 193-201.

Born, Th., Harsch, H., Weil, Th., „Freistilmethoden". Wie o.k. ist Helmut Fischers K.O. über die Transaktionsanalyse? in: Deutsches Pfarrerblatt, 81. Jg. 1981, Heft 9, 398-403.

Boyd, H., The Structure and Sequence of Psychotherapy, in: TAJ, 6:2, 1976, 180-183.

Breen, M., Supplemental Parenting of the Kick me Player, in: *James, M.*(Hrsg.), Techniques ..., 1977, 395-402.

Brown, M., Psychodiagnosis in Brief, Dexter, Michigan 1977.

Burke, J., Dealing with the Public. TA for Employees and their Supervisors, Hialeah/Florida 1977.

Campbell, J., The Hero with the Thousand Faces, New York/N.Y. 1949.

Campos, L./McCormick, P., Introduce Yourself To Transactional Analysis, Stockton/Cal. 1969.

Campos, L./McCormick, P., Introduce your Marriage to Transactional Analysis, Berkeley/Cal. 1972.

Carter McCleanaghan, J., Transactional Analysis Research: A Review of Empirical Studies and Tests, o.0. 1978 (Überblick von 1971-1977).

Cassius, J., Body-Scripts: Collected Papers on Physical Aspects of Transactional Analysis. Private Circulation 1975.

Cassius, J., Bioenergetics and TA, in: *James, M.* (Hrsg.), Techniques ..., 1977, 272, ff.

Chandler, A., The Nurse as Therapist, in: *James, M.* (Hrsg.), Techniques ..., 1977, 380-386.

Cheah, K.C./Barling, W.R., Redicision House: A Program for Drug Treatment, in: *James, M.* (Hrsg.), Techniques ..., 1977, 431-442.

Cheney, W.D., Eric Berne: Biographical Sketch, in: TAJ, 1:1, 1971, 14-22.

Cheney, W.D., The Ego-defensive Function of Life-Scripts, in: TAJ, 3:2, 1973, 11-15.

Childs-Gowell, E., Reparenting Schizophrenics. The Cathexis Experience. Schizophrenics in Treatment: An Ethnographic Study of Ritual Healing and Symbolic Action, North Quincy, Mass. 1979.

Clinebell, H.J., Modelle beratender Seelsorge, München 1971, 165-175.

Clinebell, H.J., Wachsen und Hoffen, Bd. 2, München 1983, 143-160.

Cornell, W., Wake Up „Sleepy": Reichian Techniques and Script Intervention, in: TAJ, 5:2, 1975, 144-147.

Corsover, H.D., Life scripts of Asklepieion therapeutic community residents, in: TAJ, 9:2, 1979, 136-140.

Cowles-Boyd, L., Psychosomatic Disturbances and Tragic Script Payoffs, in: TAJ, 10:3, 1980, 230-231.

Crammer, R.D., Eric Berne — Annotated Bibliography, in: TAJ, 1:1, 1971, 23-29.

Crossmann, P., Permission and Protection, in: TAB, 5(19), 1966, 152-154.

Dieckmann, H., Märchen und Träume als Helfer des Menschen, Stuttgart 1966.

Dieckmann, H., Das Lieblingsmärchen der Kindheit und seine Beziehung zu Neurose und Persönlichkeit, in: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 6, 202-208 (August/September 1967).

Dilthey, D., Transaktionale Analyse in Gruppen, in: Die Psychologie des 20. Jahrhunderts, Bd. VIII: Lewin und die Folgen. Sozialpsychologie — Gruppendynamik - Gruppentherapie. Hrsg. von *Heigl-Evers, A.*, Zürich 1979, 891-899.

Drye, R.C., Stroking the Rebellious Child. An Aspect of Managing Resistance, in: TAJ, 4:3, 1974, 23-26. (Deutsch in: Neues aus der TA, 2:5, Januar 1975, 37-40).

Drye, R.C., Psychoanalysis and TA, in: *James, M.* (Hrsg.), Techniques . . ., 1977, 187.

Drye, R.C., Gedanken eines Psychoanalytikers zur TA, in: *Barnes, G.*, TA seit Eric Berne, Berlin 1981, Bd. 3, 134-147.

Dusay, J., Response to Games in Therapy, in: TAB, 1966, 5(8), 136-137.

Dusay, J., Egograms — How I See You And You See Me, New York/N.Y. 1977.

Dusay, J., Egograms and the „Constancy Hypothesis", in: TAJ, 2:3, 1972, 37-41. (Deutsch: Egogramme und die „Hypothese von der Konstanz", in: Neues aus der TA, 2:5, Januar 1978).

Dusay, J., Die Entwicklung der TA, in: *Barnes, G.*, Die TA seit Eric Berne, Bd. 1, Berlin 1979, 54-82.

Edwards, M., Egostates and Stroking in the Childbirth Experience, in: *James, M.* (Hrsg.), Techniques ..., 1977, 451-455.

English, F., Episcript and the „Hot Potato Game", in: TAB, 1969, 8 (32), 72-82.

English, F., The Substitution Factor: Rackets and Real Feelings, in TAJ: 1:4, 1971, 27-32; 2:1, 1972a, 23-29.

English, F., Sleepy, spunky, spooky, in: TAJ, 2:2, 1972b, 64-67.

English, F., Transaktionale Analyse und Skriptanalyse. Aufsätze und Vorträge. Hrsg. von *Petzold, H. und Paula, M.*, Hamburg 1976 a.

English, F., Selected Articles, Philadelphia, 2. Aufl. 1976b.

English, F., Racketeering, in: TAJ, 6:1, 1976c, 78-81.

English, F., Let's not claim it's script when it ain't, in: TAJ, 7:2, 1977, 127-129.

English, F., Transaktionsanalyse. Gefühle und Ersatzgefühle in Beziehungen. Hrsg. von *Paula, M.*, Hamburg 1980a.

English, F., Jenseits der Skriptanalyse, in: *Barnes, G.*, Schulen der TA ..., Bd. 2, Berlin 1980b, 170-255.

English, F., Es ging doch gut — was ging denn schief? Beziehungen in Partnerschaft, Familie und Beruf, München 1982.

English, F., Beyond Script-Analysis, in: *Moiso, C.* (Hrsg.), TA in Europe, Bd. 1, Contributions to EATA, o.O., o.J.

Epstein, S., The Natur of Anxiety with Emphasis upon its Relationship to Expectancy, in: *Spielberger, C.C.* (Hrsg.), Anxiety. Current trends in theory and research (Vol. 2), New York, London 1972.

Erikson, E.H., Identität und Lebenszyklus. Drei Aufsätze, Frankfurt/M. 1975.

Ernst, F.H., Get on With, Getting Well and Get Winners. Position for Getting Well with TA, Vallejo/Cal. 1971a.

Ernst, F.H., The OK Corral: The Grid for Get-on-with, in: TAJ, 1:4, 1971b, 231-241.

Ernst, F.H., The Game Diagram, Vallejo/Cal. 1972.

Ernst, K., Games Students Play (and what to do about them). A Transactional Analysis of Problems in Schools, among Students . . . Parents . . . Teachers and Administrators, Millbrae/Cal. 1972.

Erskine, R.G., Six Stages of Treatment, in: TAJ, 3:3, 1973, 17f.

Erskine, R.G., The ABC's of Effective Therapy, in: TAJ, 5:2, 1975, 163.

Erskine, R.G., Script Cure: Behavioral, intrapsychic and physiological, in: TAJ, 10:2, 1980, 102-106.

Erskine, R.G., Transactional Analysis and Family Therapy, in: *Horne, A.M. Ohlsen, M.M.* (Hrsg.), Family Counseling and Therapy, ITASKA/Illinois 1982, 245-275.
Erskine, R.G., Fourth Degree Impass, in: *Moiso, C.* (Hrsg.), TA in Europe, Bd. 1, o.J., 33-34.
Erskine, R.G./Maisenbacher, J., The Effects of a TA- Class on socially maladjusted High School Students, in: TAJ, 5:3, 1975, 152-154.
Erskine, R.G./Zalcman, M., The Racket-System, in: TAJ, 9:1, 1979, 51-59. (Deutsch: Das Maschensystem, in: Neues aus der TA, 3:12, 1979, 152-161).
Federn, P., Ichpsychologie und die Psychosen. Frankfurt/M. 1978.
Ferrys, L.K., TA and Drama, in: TAJ, 5:2, 1975, 158-161.
Fielding, E., Therapeutic Education with older adults, in: *James, M.* (Hrsg.), Techniques ..., 1977, 420-430.
Fielding, E.B., Fun after 50 with TA, in: TAJ, 9:4, 1979, 265-267.
Fischer, H., Wie ok ist die Transaktionsanalyse? in: Deutsches Pfarrerblatt, 81. Jg. 1981, 4/5, 159-161; 211-215.
Forman, L.H., Orientation to psychosomatic disorders, in: *James, M.* (Hrsg.), Techniques ..., 1977, 127-145.
Forman, L.H./Ramsburg, J.S., Hello Sigmund, this is Eric! Psychoanalysis and T.A. in Dialogue, Kansas City/Kansas 1978.
Frazier, Th.L., The Application of TA Principles in the Classroom of a Correctional School, in: TAJ, 1:4, 1971, 16-20.
Freed, A.M., TA and Relaxation Therapy, in: TAJ, 2:3, 1972, 17-20.
Freud, A., Das Ich und die Abwehrmechanismen, London 1946.
Freud, S., Jenseits des Lustprinzips, in: Studienausgabe, hrsg. v. *Mitscherlich, A., Richards, A., Strachey, J.*, Frankfurt/M. 1975 Bd. 3, 215-272.
Garrison, Ch./Fischer, R., Introducing TA in Public School System, in: TAJ, 8:3, 1978, 208-241.
Goulding, M./McClure, Phobias, in: TAJ, 7:1, 1977, 44-54.
Goulding, R.L., Chronic brain syndroms treated with transactional analysis, in: TAB, 1963, 2:7, 75-76.
Goulding, R.L., New Directions in TA-Analysis: Creating an Environment for Redecision and Change,in: Progress in Group Therapy and Family Therapy, hrsg. von *Sager, J.C. und Kaplan, H.S.*, New York/N.Y. 1972, 105-134.
Goulding, R.L., Curing Phobias, in: Voices, 11:1, 1975, 30-31.
Goulding, R.L., Four Models of Transactional Analysis, in: International Journal of Group Psychotherapy, 1976, 385-392.
Goulding, R.L., Die Neuentscheidung im Rahmen der Marathontherapie, in: *Barnes, G.*, TA seit Eric Berne, Bd. 1, 1979, 140-157.
Goulding, R.L., The Formation and Beginning Process of TA-Groups, in: *Gazda, G.M.* (Hrsg.), Basic Approaches to Group-Psychotherapy and Group-Counseling, 234-264.
Goulding, R.L./Goulding, M./McClure, Injunctions, Decisions and Redecisions, in: TAJ, 6:1, 1976, 41-48.
Goulding, R.L./Goulding, M./McClure, The Power is in the Patient. A TA-Gestalt-Approach to Psychotherapy, San Francisco/Cal. 1978.
Goulding, R./Goulding, M./McClure, Changing Lives through Redecision-Therapy, New York/N.Y. 1979. (Deutsch: Neuentscheidungstherapie, Stuttgart 1981).
Gowell, E.C., Transactional Analysis and the Body: Sensory Stimulation Techniques, in: TAJ, 5:2, 1975, 148-151.

Greer, A., No Grown-Ups in Heaven. A TA Primer for Christians (and others), New York/N.Y. 1975.

Groder, M., Asklepieion: Eine Integration psychotherapeutischer Verfahren, in: *Barnes, G.*, Die TA seit Eric Berne, Bd. 1, 1979, 187-190.

Hagehülsmann, H., Kombination von Gesprächspsychotherapie mit Transaktionaler Analyse, in: *Howe, J.* (Hrsg.), Integratives Handeln in der Gesprächstherapie: ein Kompendium zur Kombination therapeutischer Verfahren, Weinheim/Basel 1982, 274-302.

Hagehülsmann, H., Das Menschenbild in der Transaktions-Analyse (erscheint 1984 in dem Sammelband „TA in Europe", Bd. 2, lag uns als Manuskript vor).

Hagehülsmann, U. und *Hagehülsmann, H.*, Transaktions-Analyse, in: Handbuch der Psychotherapie, hrsg. von *Corsini, R.J.*,Weinheim und Basel 1983, 1315-1356.

Haimowitz, M., Racial Transactions: Community and school, in: TAB, 1968, 7 (28), 87-88.

Haimowitz, M., Training and therapy in large groups without charge, in: TAJ, 5:1, 1975, 36-37.

Hampden-Turner, Ch., Modelle des Menschen, Weinheim/Kassel 1982.

Hamsher, J.H., Male Sex Roles, in: TAJ, 3:1, 1973, 23-28.

Harbison, H., TA and Cancer, in: TAJ, 8:4, 1978, 349-351.

Harris, Th.A., I'm ok -You're ok. A Practical Guide to Transactional Analysis, New York/N.Y. 1967. (Deutsch: Ich bin o.k. — Du bist o.k. Wie man über seinen Schatten springen lernt, Hamburg 1973).

Harsch, H., Theorie und Praxis des Beratenden Gesprächs, München 1973.

Harsch, H., Hilfe für Alkoholiker und andere Drogenabhängige, München 1976.

Harsch, H., Gottesbilder. Jakobs Kampf am Jabbok (Gen 32, 22-32), in: *Spiegel, Y.* (Hrsg.), Doppeldeutlich. Tiefendimensionen biblischer Texte, München 1978, 79-91.

Harsch, H., Transaktionsanalyse und Predigt, in: Werkstattpredigt, 7. Jg., 1979, Nr. 34, 1-8, 24 f.

Harsch, H., Alkoholismus, Schritte zur Hilfe, München 1980

Harsch, H., Den Lebensplan neu schreiben, in: Herrenalber Texte 47, Lebenskrise Krankheit, 1983.

Helman, N.D./Austin, V., The little Professor's Mythologie: a Piagetian explanation, in: TAJ, 7:3, 1977, 209-216.

Helmering, D.W., Other Treatment Modalities and TA, in: *James, M.*, (Hrsg.), Techniques ..., 1977, 298f.

Herman, L., One Transactional Analyst's Understanding of Carl Jung, in: TAJ, 5:2, 1975, 123-126.

Herzog, W., Die wissenschaftstheoretische Problematik der Integration psychotherapeutischer Methoden, in: *Petzold, H.*(Hrsg.), Methodenintegration in der Psychotherapie, Paderborn 1982, 9-30.

Hesterly, S.O., How to Use Transactional Analysis in the Public Schools. A Preventive Approach to Mental Health Consultation (The Little Rock Experience), Little Rock/Arkansas 1974.

Holloway, W.H., Clinical TA with use of the Life Script Questionare, Medina/Ohio 1973.

Holloway, W.H., Beyond Permission, in: TAJ, 4:2, 1974, 15-17.

Holloway, W.H., Transaktionsanalyse: Eine integrative Sicht, in: *Barnes, G.*, TA seit Eric Berne, Berlin 1980, Bd. 2, 18-90.

Holtby, M.E., TA and Psychodrama, in: TAJ, 5:2, 1975, 133-136.

Homiletische Arbeitsgruppe (Arens,H., Richardt, F., Schulte, J.), Positiv Predigen. Homiletische Hilfen und Beispiele, München 1977.
Horne, A.M./Ohlsen, M.M., Family Counseling and Therapy, Ithaca/Illinois 1982.
Hover, D.E., TA and the Public Health Nurse, in: TAJ, 6:2, 1976, 221-223.
Isaacson, U.E., Religious scripts, in: TAJ, 4:2, 1974, 38-40.
Jacobs, A., Psychodrama and TA, in: *James, M.* (Hrsg.), Techniques ..., 1977, 239-249.
James, J., The Game Plan, in: TAJ, 3:4, 1973, 14-17
James, J., Family Therapy with TA, in: *James, M.* (Hrsg.), Techniques..., 1977, 351-371
James, M., Born to love. TA in the Church, Reading/Mass., 1973a
James, M., The downscripting of women for 115 generations, in: TAJ, 3:1, 1973b, 15-22
James, M., Transactional Analysis for Moms and Dads. What Do You Do With Them Now You've Got Them?, Reading/Mass., 1974a
James, M., Self-Reparenting: Theory and Process, in: TAJ, 4-3, 1974b, 32-39
James, M., Techniques in TA for Psychotherapists and Counselors, Reading/Mass., 1977a
James, M., Gestalt Therapy and TA, in: *James, M.* (Hrsg.), Techniques..., 1977b, 250 ff
James, M., One-Session cure for frightened Exam-Takers, in: *James, M.* (Hrsg.), Techniques..., 1977c, 533-540
James, M. Curing Impotency with TA, in: *James, M.* (Hrsg.), Techniques..., 1977e, 477-485
James, M., The Use of Structural Analysis in Pastoral Counseling, in: *M. James* (Hrsg.), Techniques..., 1977f, 507-516
James, M., Marriage is for loving, Reading/Mass., 1979
James, M. / Jongeward, D., Winning with People. Group Exercises in Transactional Analysis, Reading/Mass., 1973
James, M. / Jongeward, D., Born to Win. Transactional Analysis with Gestalt Experiments. Reading/Mass., 1971, (Deutsch: Spontan leben. Übungen zur Selbstverwirklichung, München,1975a)
James, M. / Jongeward, D., The People Book. Transactional Analysis for Students, o.O., 1975b
James, M. / Savary, L., Befreites Leben. Transaktionsanalyse und religiöse Erfahrung, München, 1977a. (Engl. Originaltitel: The Power at the Bottom of the Well, New York/N.Y., 1974)
James, M. / Savary, L., A new Self. Self Therapy with TA, Reading/Mass., 1977b
Jessen, F.M., Transaktions-Analyse, in: *Hockel, M.* und *Feldhege, F.J.* (Hrsg.) Handbuch der Angewandten Psychologie, Bd. 2: Behandlung und Gesundheit, Landsberg, 1981, 279-299
Joines, V., Eine ergänzende Systemperspektive, in: *Barnes, G.*,TA seit Eric Berne, Bd. 2, Berlin 1980, 133-153.
Jongeward, D./Scott, D., Women as Winners. TA for personal growth, Reading/Mass. 1976.
Jung, C.G., Psychologische Typen, Zürich 1921.
Kadis, L.B./McClendon, R.A., Project: Family „Cure", in: TAJ, 10:2, 1980, 147-153.
Kahler, T., The Miniscript, in: TAJ, 4:1, 1974, 26-41.
Kahler, T., Drivers. The Key to the process of scripts, in: TAJ, 5:3, 1975, 280-284.
Kahler, T., Process Therapy in Brief. The Clinical Application of Miniscript, Little Rock/Arkansas 1979.
Kahler, T., Das Miniskript, in: *Barnes, G.*, TA seit Eric Berne, Berlin 1980, Bd. 2, 91-132.

Karakashian, S., On Orten's „Societal application of TA theory", in: TAJ, 4:2, 1974, 44 f.
Karpman, S., Fairy Tales and Script-Drama Analysis, in: TAB, 7:26, 1968, 38-43.
Karpman, S., Options, in: TAJ, 1:1, 1971, 79-87.
Karpman, S., Eric Berne Memorial Award Lecture, in: TAJ, 3:1, 1973, 73-76.
Kaspar, E.A./Zimmerly, B.M., Adult Transactions between Men and Women at Work — Are they possible?, in: TAJ, 7:1, 1977, 31-34. (Deutsch: Erwachsenen-Ich-Transaktionen zwischen Männern und Frauen am Arbeitsplatz — sind sie möglich?, in: Neues aus der TA, 3:11, 1979, 163-168.
Kemp, D.E., Curing „Moral Masochism", in: *James, M.* (Hrsg.), Techniques ..., 1977, 387-394.
Kenney, W./Lyons, B.F., A TA model of School Consultation, in: TAJ, 10:3, 1980, 264-269.
Keyes, M.F., Staying Married, Millbrae/Cal. 1975.
Kleemann, J.L., Game-free Economics: Beyond Selling and Buying, in: TAJ, 6:2, 1976, 199-201. (Deutsch: Spielfreie Wirtschaft: Über Verkaufen und Kaufen hinaus, in: Neues aus der TA, 3:11, 1979, 126-130).
Kleinewiese, E., TA with children: Visual Representation model of the Egostates, in: TAJ, 10:3, 1980, 259-263.
Kleinewiese, E., Kreisgesicht-Symbole. Eine visuelle Darstellung der Funktion der Ich-Zustände. Transaktionsanalyse mit Kindern, Berlin (W) o.J.
Kleinewiese, E., All deine Ich. Transaktionsanalyse in der Kindertherapie, Berlin o.J.
Kleist, B., Beichte — ein helfendes Gespräch. Impulse der Transaktionalen Analyse für die Seelsorge, Wiss. Zulassungsarbeit zur Theol. Diplomprüfung, Freiburg 1983.
Kottwitz, G., Wege zur Neuentscheidung, Berlin (W) 1980a.
Kottwitz, G., Der Widerstand in der Transaktionsanalyse, in: *Petzold, H.* (Hrsg.), Widerstand — ein strittiges Konzept in der Psychotherapie, Paderborn 1980, 325-337, und in: *Kottwitz, G.*, Wege zur Neuentscheidung, Berlin 1980b, 104-115.
Kottwitz, G., Die therapeutische Beziehung und die Funktion des Psychotherapeuten in der Transaktionalen Analyse, in: *Petzold, H.* (Hrsg.), Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung, Paderborn 1980, 58-72; und in *Kottwitz, G.*, Wege zur Neuentscheidung, Berlin 1980c, 58-77.
Kuritz, P.T., The Creative Actor: A Transactional View, in: TAJ, 5:2, 1975, 161-162.
Landsmann, S.G./Loomis, M.E., Manic-Depressiv Structure: Assessment and Development, in: TAJ, 10:4 1980, 284-290.
Landsmann, S.G., Loomis, M.E., Manic-Depressiv Structure: Treatment Strategies, in: TAJ, 11:4, 1981, 346-351.
Lawrence, C., Redecision and repentance: Reframing redecision work for the religious client, in: TAJ, 13:3, 1983, 158-162.
Leibl, R.D., A Comparative Integration of Primal Therapy and TA, in: TAJ, 3:2, 1973, 39-40.
Lessler, K., Ein Fortbildungsprogramm in Psychotherapie, in: *Barnes, G.*, Die TA seit Eric Berne, Bd. 1, 1979, 202-218.
Levin, P., Becoming the Way we are. A TA Guide to Personal Development, Berkeley/Cal. 1974.
Levin-Landheer, P., The cycle of development, in: TAJ, 12:2, 1982, 10-26.
Lieberman, M.A./Yalom, I.D./Miles, M.B., Encounter Groups: First Facts, New York/N.Y. 1973.
Lieberman, M./Hardie, M., Resolving Family and other Conflicts, Santa Cruz/Cal. (Unity Press) 1981.

Long, L./Long, T., TA and Client-Centered Therapy , in: TAJ, 5:2, 1975, 139-140.
Long, T./Long, L., Client-centered therapy and TA, in: *James, M.* (Hrsg.), Techniques ..., 1977, 283-297.
Mackey, J., TA in Vocational Rehabilitation, in: *James, M.* (Hrsg.), Techniques ..., 1977, 462-465.
Maslow, A. H., Psychologie des Seins, München 1973.
Maslow, A. H., Religion, Values and Peak Experiences, Penguin Books, 4. Aufl. 1977.
McClendon, R. Phasen der Familientherapie, in: *Barnes, G.*, TA seit Eric Berne, Bd. 1, 1979, 140-157.
McClendon, R./Kadis, L. B., Chocolate Pudding and other approaches to intensive multiple-family therapy, Palo Alto/Cal. 1983.
McCormick, P., Guide for Use of Life-Script Questionare in TA, San Francisco/Cal. 1971.
McCormick, P., Ego States, Vallejo/Cal. 1977.
McNeel, J. R., Redecisions in Psychotherapy: A Study of the effects of an intensive weekend group workshop. A dissertation presented to the Faculty of the California School of Professional Psychology in partial fulfillment of the requirements of the Degree of Doctor of Philosophy, August 1975, 2 Bd.
McNeel, J. R., A rebutal to the pig parent, in: TAJ, 9:1, 1979, 38-40.
McNeel, J. R., Die sieben Faktoren der Neuentscheidungstherapie, in: *Barnes, G.*, TA seit Eric Berne, Berlin 1981, Bd. 3, 111-133.
McNeel, J. R., Redecision in Psychotherapy: A study of Effects of an Intensive Weekend of Group Workshop, in: TAJ, 12:1, 1982, 10-26.
Meininger, J., Transaktionsanalyse. Die neue Methode erfolgreicher Menschenführung, München 1978.
Mellor, K./Sigmund (Schiff), E., Discounting and Redefining, in: TAJ, 5:3, 1975, 295-311. (Deutsch: Mißachten, Redefinieren und Umdeuten, in: Neues aus der TA, 1:3, 1977. 133-149).
Merlin, E. A., Jung and TA, some clarifications, in: TAJ, 6:2, 1976, 169-172.
Merlin, E. A., Analytical Psychology and TA, in: *James, M.* (Hrsg.), Techniques ..., 1977, 217f.
Metzger, W., Gestalttheorie und Gruppendynamik, in: Gruppendynamik, 1975, 6, 311-331.
Miller, A., Das Drama des begabten Kindes. Frankfurt 1979.
Minucchin, S., Familie und Familientherapie. Therapie und Praxis struktureller Familientherapie, Freiburg 1977 (2. Aufl. 1978).
Moiso, C. (Hrsg.), TA in Europe (Contributions to EATA Summer Conferences 1977-1978, Bd. 1, o.O., o.J.
Morris, F. R., The parochial parent, in: TAJ, 1:4, 1971, 52f.
Morris, F. R., Is Theology Adult?, in: TAJ, 2:2, 1972, 92-93.
Niemeier, D. L./Douglass, H. J., Transactions and Self-Actualisation, in: TAJ, 5:2, 1975, 152-157.
Northcott, M., Sex Therapy with Couples. A Transactional Approach, San Francisco/Cal. 1979.
Novey, Th. B., Making Life Work. Transactional Analysis and Management, Sacramento/Cal. 1973.
Oden, Th. C., Wer sagt: Du bist okay? Eine theologische Anfrage an die Transaktionale Analyse, Gelnhausen/Freiburg/Stein 1977. (Englischer Originaltitel: Game free. A Guide to the Meaning of Intimacy, New York/N. Y. 1974).

O'Hearne, L., Curing sexual disfunctions in Women with TA, in: James, M. (Hrsg.), Techniques ..., 1977, 372-379.
Ohlson, R., A Treatment for Flying Phobias, in: TAJ, 10:4, 1980, 314-317.
Orten, J. D., Societal Use of TA Theory, in: TAJ, 3:3, 1973, 11-16.
Orten, J. D., Indirect Validation and „Script", in: TAJ, 5:2, 1975, 141-143.
Orten, J. D., A Transactional Approach to Suicide Prevention, in: *James, M.* (Hrsg.), Techniques ..., 1977, 343-350.
Peck, H. B., TA and Psychoanalysis, in: TAJ, 8:3, 1978, 205-209; dtsch.: TA und Psychoanalyse — Freunde oder Gegner, in: Neues aus der TA, 3:11, 1979, 182-194).
Penfield, W., Memory Mechanism, in: Arch. Neurol. Psychiatry, 67:, 178-198, 1952.
Penfield, W./Jaspers, H., Epilepsy and the Functional Anatomy of the Human Brain, Boston 1954.
Perls, F., Gestalttherapie in Aktion, Stuttgart 1974.
Petersen, G., Transaktionale Analyse, in: *Linster, H. W./Wetzel, H.* (Hrsg.), Veränderung und Entwicklung der Person, Grenzen und Möglichkeiten psychologischer Therapie, Hamburg 1980, 264-291.
Petzold, H. (Hrsg.), Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung, Paderborn 1980.
Petzold, H. (Hrsg.), Widerstand — Ein strittiges Konzept in der Psychotherapie, Paderborn 1981.
Petzold, H. (Hrsg.), Methodenintegration in der Psychotherapie, Paderborn 1982.
Philipps, R. D., Structural symbiotic systems. Correlations with ego-states, behaviour and physiology, Chapel-Hill/N. C. 1975.
Piaget, J., Das Erwachen der Intelligenz beim Kinde, Stuttgart 1969.
Poindexter, W. R., The Poindexter Organisation. Transactional Management of Games in Organisations, Agoura/Cal. 1977.
Pompey, H., Seelsorge in den Krisen des Lebens. Tendenzen und Möglichkeiten beratender seelsorgerlicher Hilfe in Geschichte und Gegenwart, in: *Reuss, J. M.* (Hrsg.), Seelsorge ohne Priester? Zur Problematik von Beratung und Psychotherapie in der Praxis (Schriften der Kath. Akademie Bayern, Bd. 75). Düsseldorf 1976, 29-72.
Rautenberg, W./Rogoll, R., Werde der du werden kannst, Freiburg 1980.
Reich, W., Charakteranalyse, Köln/Berlin, 3. Aufl., 1971.
Remembering Eric, in: The Script, Hrsg. von der ITAA, San Francisco, Vol. VIII, No 9, Nov. 1978, S. 1.
Roberts, D. L., Ego states and social issues, in: TAJ, 5:1, 1975a, 8-11.
Roberts, D. L., Treatment of cultural scripts, in: TAJ, 5:1, 1975b, 29-35.
Robinson, B. A., TA and Piaget, in: TAJ, 5:2, 1975, 127-130.
Rogoll, R., Nimm Dich, wie Du bist. Wie man mit sich einig werden kann. Eine Einführung in die Transaktionsanalyse, Freiburg 1976.
Romanini, M. T., Personal transactional analysis of some cases of infantile autism, in: TAJ, 12:2, 1982, 100-104.
Rüttinger, R., Transaktionsanalyse. Arbeitshefte zur Führungspsychologie Nr. 10, München, 2. Aufl. 1982.
Sager, C./Kaplan, H. S., Progress in Group and Family Therapy, London/New York 1972.
Samuels, A., A TA Approach to Dreams, in: TAJ, 4:4, 1974, 27-29.
Santsaver, H. E., Behaviour Modification Paired with TA, in: TAJ, 5:2, 1975, 137-138.
Satir, V., Peoplemaking, Palo Alto/Cal. 1972.
Schiff, A. W., Reparented schizophrenics, in: TAB, 1969 (31), 72-75.

Schiff, A. W./Schiff, J. L., Passitivity (and the four discounts), in: TAJ, 1:1, 1971, 71-78; dtsch.: Passivität, in: Neues aus der TA, 1:3, 1977, 121-127).
Schiff, J. L. et al., Cathexis Reader. Transactional Analysis Treatment of Psychosis, New York/Evanston/San Francisco/London 1975.
Schiff, J. L., Reparenting Schizophrenics, in: TAB, 1969, 8 (31), 47-63; dtsch.: Neubeeltern von Schizophrenen, in: Neues aus der TA, 1:3, 1977a, 103-113).
Schiff, J. L., Treatment of Anorexia nervosa, in: TAJ, 7:1, 1977, 61-64; dtsch.: Behandlung der Anorexia Nervosa, in: Neues aus der TA, 1:3, 1977b, 156-158).
Schiff, J. L., A Discussion of Ego-States and Ego-State Networks, Eigenverlag, o.O. 1978.
Schiff, J. L., Geschichte und Aktivitäten der Schiff Familie, in: *Barnes, G.*, TA seit Eric Berne, Bd. 1, 1979, 83-112.
Schiff, J. L., Ego-State Pathology, Eigenverlag, o.O., 1980.
Schiff, J. L./Day, B., All My Children, New York/N. Y. 1972; dtsch.: Alle meine Kinder. Heilung der Schizophrenie durch Wiederholen der Kindheit, München 1980).
Schiff, J. L./Schiff, A./Sigmund (Schiff) E., Frame of Reference, in: TAJ, 5:3, 1975, 290-294; dtsch.: Bezugsrahmen, in: Neues aus der TA, 1:3, 1977, 128-132.
Schlegel, L., Grundriß der Tiefenpsychologie, Bd. 5: Die Transaktionale Analyse nach Eric Berne und seinen Schülern, München 1979.
Simoneaux, J., Adlerian Psychology and TA, in: *James, M.* (Hrsg.), Techniques ..., 1977.
Sinclair-Brown, W., A TA Redecision group psychotherapy treatment program for mothers who physically abuse and/or seriously neglect their children, in: TAJ, 12:1, 1982, 39-45.
Spence, M. T., Group work with old people, in: TAJ, 4:2, 1974, 35-37.
Spitz, R., Hospitalism. Genesis of Psychiatric Conditions in Early Childhood, in: Psychoanalytic Study of the Child, 1:53-74, 1945.
Steere, A. D., Response to Repentence Article by C. Lawrence, in: TAJ, 13:3, 1983, 163.
Steiner, C., Script and Counter-Script, in: TAB, 1966, 5 (18), 133-135.
Steiner, C., The alcoholic game, in: TAB, 1968, 7 (25) 6-16.
Steiner, C., A Little Boy's Dream, in: TAJ, 1:1, 1971a, 46-48.
Steiner, C., The Stroke Economy, in: TAJ, 1:3, 1971b, 9-15; dtsch. in: Neues aus der TA, 2:5, 1978. 14-19.
Steiner, C., Games Alcoholics Play. The Analysis of Life Scripts, New York/N. Y. 1971c.
Steiner, C., Socially responsible therapy, in: TAJ, 6:1, 1976, 11-14.
Steiner, C., Healing Alcoholism, New York/N. Y. 1979a.
Steiner, C., The pig parent, in: TAJ, 9:1, 1979b, 26-37.
Steiner, C., The other side of power, How to become powerful without being powerhungry, New York/N. Y. 1981.
Steiner, C., Scripts People Live. Transactional Analysis of Life-Scripts, New York/N. Y. 1974; (dtsch.: Wie man Lebenspläne verändert. Die Arbeit mit Skripts in der Transaktionsanalyse, Paderborn 1982).
Steiner, C./Cassidy, W., Therapeutic Contracts in Group Treatment, in: TAB, 1969, 8 (30), 29-31.
Steiner, C. et al., Readings in Radical Psychiatry. An Anthology by *Steiner, C., Wyckoff, H., Goldstein, D., Lariviere, P., Schwebel, R., Marcus, J.*, and Members of the Radical Psychiatry Center, New York/N.Y. 1975.
Stuntz, E. C., Review of Games 1962-1970, o.O. 1971.
Stuntz, E. C., Multiple Chairs Technique, in: TAJ, 3:2, 1973, 29-32.

Summerton, O., Transactional Game Analysis. Games since Eric Berne, New Delhi / Indien 1979.
Symor, N., The Dependency-Cycle, in: TAJ, 7:1, 1977, 37-43.
Trautman, R. / Erskine, R., Ego-State-Analysis: A comparative View, in: TAJ, 11:2, 1981, 178-185.
Vaihinger, H., Die Philosophie des Als-Ob, Berlin 1911.
Vanderburgh, J., Decontaminating Competition, in: TAJ, 7:4, 1977, 324-326. (Deutsch: Enttrüben von Konkurrenz, in: Neues aus der TA, 3:11, 1979, 158-162).
van der Geest, H., Du hast mich angesprochen. Die Wirkung von Gottesdienst und Predigt, Zürich 1978, 106-110.
Wagner, J., Despooking: The understanding and treatment of anxiety, in: TAJ, 9:4, 1979, 268-273.
Wandel, F., Erziehung im Unterricht. Schulpädagogische Anwendungen der Transaktionsanalyse, Stuttgart / Berlin / Köln / Mainz 1977.
Wandel, F., Macht die Schule krank?, Heidelberg 1979.
Wathey, S., Paradoxial Interventions in TA and Gestalt Therapy, in: TAJ, 12:3, 1982, 185-189.
Weiss, J. und *L.*, Der Prozeß des Beelterns in der eigenen Praxis, in: *Barnes, G.*, Die TA seit Eric Berne, Bd. 1, 1979, 158-186.
Weiss, L., A Transactional Analysis Community — the Denver Experience, Littleton / Colorado 1975.
White, J. D. / White, T., Cultural scripting, in: TAJ, 5:1, 1975, 12-23.
White, T., Die Bedeutung des kulturellen Skripts, in: *Barnes, G.*, TA seit Eric Berne, Berlin 1980, Bd. 2, 154-169.
Whitney, N. W., A Critique of Individual Autonomy as the Key to Personhood, in: TAJ, 12:3, 1982, 210-212.
Widdifield, D. A., TA and Hypnosis, in: TAJ, 5:2, 1975, 131f.
Wilson, F. R., TA and Adler, in: TAJ, 5:2 1975, 117-122.
Windes, K. L., Kriminelle — Polizisten — Berater, Möglichkeiten zu einer Korrektur des Gefängnissystems, in: *Barnes, G.*, Die TA seit Eric Berne, Bd. 1, 1979, 191-202.
Wood, K. / Wood, M., Treatment of Borderline Conditions, in: TAJ, 12:4, 1982, 288-300.
Woollams, S. / Brown, M. / Huige, K., TA in Brief, Ann Arbor / Michigan 1974.
Woollams, S. / Brown, M., Transactional Analysis. A Modern and Comprehensive Text of TA Theory and Practice, Dexter / Michigan 1978.
Wyckhoff, H., The stroke economy in womens scripts, in: TAJ, 1:3, 1971, 16-20.

Kognitive Verhaltenstherapie

Selbstmanagement-Therapie

Ich will mich ändern

Christa Hecht

1. Definition des Verfahrens

1.1 Selbstmanagement — Selbstregulation — Selbstkontrolle

Die Annahme, daß der Mensch sein Verhalten bis zu einem gewissen Grad selbst steuern kann, darf als Allgemeingut der Psychologie angesehen werden und fand — spätestens mit den Gedanken *Skinners* (1953) — Eingang in verhaltenstherapeutische Konzeptionen, welche bislang äußere Auslöser für Verhalten in den Vordergrund ihrer Erklärungen gestellt hatten. Auf der Basis behavioristischer Theorien entwickelte *F. H. Kanfer* unter Einbezug kognitiver Prinzipien eine Verhaltenstheorie der Selbstkontrolle, welche als eine der elaboriertesten anzusehen ist (*Kanfer* 1970a; 1970b; 1971; 1972; 1977a; 1977b; 1981a.)

Unter dem Blickwinkel, daß es sich bei Definitionen um Festsetzungen des Sprachgebrauchs handelt (*Bunge* 1967), sei auf die Unterscheidung und Bedeutung der Begriffe *Selbstmanagement, Selbstregulation* und *Selbstkontrolle* hingewiesen:

Selbstmanagement wird als umfassender Begriff für selbstbestimmtes Verhalten gesehen; psychologische Modelle der Selbstregulation bzw. Selbstkontrolle gehen in dieses Konzept ein. Der Selbstmanagementansatz umfaßt eine ganze Reihe von Methoden zur Steuerung des eigenen Verhaltens (siehe auch Kap. 6).

Selbstregulation im Sinne *Kanfers* besagt, daß eine Person ihr eigenes Verhalten in Hinblick auf ein (selbstgesetztes) Ziel steuert (durch Modifikation des Verhaltens oder der Bedingungen).

Selbstkontrolle liegt dann vor, wenn der Verhaltensablauf aufgrund auftretender Konflikte unterbrochen wird und die Person fremder Hilfe und neuer Verhaltensmuster bedarf, um die problematische Situation positiv zu bewältigen. Sowohl die Veränderung solcher konflikthafter Konstellationen als auch die Steuerung des eigenen Verhaltens erfolgt mittels Selbstmanagement-Methoden, wobei der Anteil der

Fremdkontrolle zugunsten vermehrter Selbstkontrolle abnimmt, jedoch nie völlig ausgeschaltet ist.

Selbstregulationsverhalten ist gegenüber Selbstkontrollverhalten gekennzeichnet durch geringere Konflikthaftigkeit der Situation, geringere Schwierigkeit der Entscheidung zwischen möglichen Alternativen und weniger Probleme bei der Ausführung einer Verhaltensalternative. Die Selbstregulationsprozesse (Selbstbeobachtung, Selbstbewertung, Selbstverstärkung) laufen mehr oder weniger automatisch ab; erst wenn dieser Ablauf unterbrochen wird, entsteht die Notwendigkeit therapeutisch vermittelter Selbstkontrolle.

1.2 Konzept der Selbstkontrolle

Skinner (1953) spricht von Selbstkontrollverhalten dann, wenn eine Person die Auftrittswahrscheinlichkeit eines (kontrollierten) Verhaltens mit konflikthaften Konsequenzen durch ein anderes selbsterzeugtes (kontrollierendes) Verhalten verändert. Es müssen jene Determinanten verändert werden, von denen das problematische Verhalten abhängig ist; dies können selbsterzeugte kognitive oder motorische, biologische oder umgebungsbedingte Stimuli sein. Selbstkontrolle unterliegt nach *Skinner* ebenso wie Fremdkontrolle den Lerngesetzen und bedient sich der aus der Verhaltenstherapie bekannten Methoden.

Beispiel: Eine Studentin leidet unter ihrem problematischen Eßverhalten; da sie sowohl in ihrem körperlichen Wohlbefinden als auch in ihren Aktivitäten stark beeinträchtigt ist, entschließt sie sich zu einer Aussprache mit einem Studentenberater. Sie versucht nun durch regelmäßige Essenszeiten und Aufgeben von „Hungerperioden" sowie durch Selbstbelohnung ihr Eßverhalten zu normalisieren. Die Unterstützung durch den Therapeuten und später durch Freundinnen hilft ihr bei der Änderung des problematischen Verhaltens.

In *Kanfers* theoretischer und empirisch fundierter Erweiterung des Selbstkontrollansatzes finden wir die Unterscheidung zweier Selbstkontrollvarianten, die aus zwei unterschiedlichen Konfliktkonstellationen resultieren:

(1) Das *Widerstehen einer Versuchung* — ein Verhalten mit kurzfristig positiven Konsequenzen (vor dem Zubettgehen zwei Tafeln Schokolade = kurzfristige Befriedigung) wird zugunsten eines Verhaltens mit langfristig positiven Konsequenzen (vor dem Zubettgehen keine Schokolade essen = langfristig größeres Wohlbefinden) unterlassen.

Im Beispiel der Studentin könnte der Konflikt zwischen Genuß der Schokolade und Ablenkung beim Essen und nachfolgender Übelkeit und Schuldgefühlen zur Unterbrechung der eingespielten Verhaltenskette führen.

(2) Das *Ertragen einer unangenehmen Situation* — trotz kurzfristig sehr unangenehmer Konsequenzen (Schmerzen beim Zahnarzt) setzt

sich die Person im Hinblick auf die langfristig positiven Konsequenzen (beschwerdefreier Urlaub) dieser Situation aus.

Ein plötzlicher Zahnschmerz und Gedanken an den bevorstehenden Urlaub könnten den Konflikt akut werden lassen und zum Einsatz der Selbstkontrollreaktion führen.

Entscheidend für den notwendigen Einsatz von Selbstkontrollverhalten ist somit eine Situation, in der es aufgrund konflikthafter Konseqenzen zu einer Unterbrechung des bisher üblichen Verhaltensablaufs kommt.

Gemäß der Definition von Selbstkontrolle setzt das Individuum sodann eine Reaktion mit bisher geringer Auftrittswahrscheinlichkeit. Innerhalb klassischer Lerntheorie ist dieses „Paradoxon der Selbstkontrolle", wonach ein durch einen bestimmten Verstärkungsplan erworbenes und aufrechterhaltenes Verhalten plötzlich geändert wird, nicht erklärbar. Eine erweiterte Sichtweise muß die Fähigkeit der Person, zu reflektieren und zu antizipieren, berücksichtigen.

Kanfer und *Karoly* (1972a; 1972b) unterscheiden nun zwei Stufen des Selbstkontrollprozesses:

1) Entschluß zur Selbstkontrolle
2) Ausführung des Vorsatzes der Selbstkontrolle.

Der Entschluß zu einer Veränderung kann als Hinweisreiz für den Ablauf eines Selbstregulationsprozesses (siehe Kap. 1.3) dienen, ist aber noch keine hinreichende Bedingung für die tatsächliche Ausführung und Veränderung. Nur in wenigen Fällen ist ein statisches Konzept der Selbstkontrolle, das einen einmaligen Entschluß (der automatisch die Ausführung bedingt) nahelegt, zutreffend.

Beispiel: Die Studentin verschenkt am Abend alle ihre Schokoladevorräte und hat somit für diesen Abend keine Möglichkeit mehr, ihrem Entschluß, keine Schokolade zu essen, untreu zu werden.

In den meisten Fällen ist jedoch ein dynamisches Modell, wonach die Sequenz immer wieder durchlaufen werden muß, eher angemessen.

Beispiel: Im Laufe eines Tages muß die Studentin ihre Entscheidung immer wieder neu treffen und in Verhalten umsetzen.

Eine Analogie aus dem Sport möge der weiteren Veranschaulichung dienen:

Beispiel: Der Skispringer hat seine Entscheidung getroffen, sobald er sich im Anlauf befindet, der gesamte Vorgang läuft ab, ohne daß er ihn noch stoppen könnte; der Marathonläufer hat zwar auch mit dem Start seine Entscheidung getroffen, könnte aber (bei Überforderung etc.) jederzeit stehen bleiben und das Rennen beenden. Letzterer muß also bei jedem Zeichen von Ermüdung erneut den Entschluß fassen, weiter zu laufen (auch wenn ihm das in dieser Art nicht bewußt ist).

Kanfer sieht Selbstkontrollverhalten als Prozeß an; Selbstkontrolle ist danach das Ergebnis einer ganzen Reihe von solchen Prozessen, die

in einer spezifischen Situation ablaufen, und nicht ein übergeordneter Persönlichkeitszug oder eine Reihe von Fertigkeiten, über die eine Person verfügt (vgl. Kap. 4.1). Eine Person kann sehr wohl in einer Situation „Selbstkontrollverhalten" zeigen, während sie in einer anderen Situation dies nicht tut.

Ein Schema für den Ablauf der einzelnen Prozesse von Selbstkontrollverhalten, das als Spezialfall von Selbstregulation anzusehen ist, bietet das *Modell der Selbstregulation*.

1.3 Modell der Selbstregulation

Der Begriff der Selbstregulation ist der Kern der Psychologie des Selbstmanagements; er beschreibt die integrierte Organisation einer Serie von Teilprozessen, welche der Erreichung persönlicher Ziele dienen. Allgemein steht der Begriff für psychologische Vorgänge, mittels derer ein Organismus sein eigenes Verhalten steuert.

Kanfers dreistufiges Modell der Selbstregulation beschreibt die Verhaltenssequenz, die in Gang gesetzt wird, wenn der normale (automatische) Verhaltensablauf durch ein konflikthaftes Ereignis unterbrochen wird: In der Phase der *Selbstbeobachtung* (self-monitoring) lenkt die Person ihre Aufmerksamkeit auf ihr eigenes Verhalten und dessen Konsequenzen. In der darauffolgenden *Selbstbewertung* (self-evaluation) vergleicht die Person die Ergebnisse der Selbstbeobachtung mit den eigenen Zielvorstellungen und Verhaltensstandards. Je nach Ergebnis dieser Selbstbewertung (Erreichen, Nichterreichen, Übertreffen der angestrebten Standards) erfolgt in der dritten Phase *Selbstverstärkung* (self-reinforcement) im Sinne von Selbstbelohnung oder Selbstverstärkung.

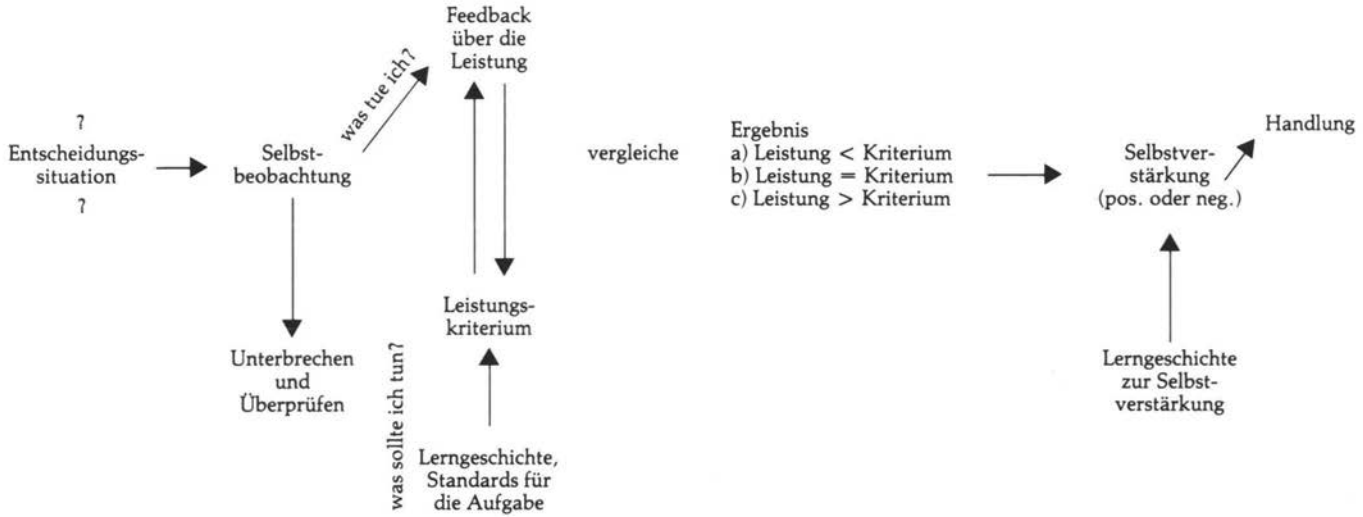
Gemäß einem systemtheoretischen Ansatz sind 2 Kriterien für ein selbstreguliertes System ausschlaggebend:

1) Zielgerichtetheit
2) Entwicklung von Werte-Präferenzen, die die Grundlage für Entscheidungsregeln darstellen, wonach ein interner „steady-state value" einem anderen vorgezogen wird (*Miller* 1979).

Kanfer und *Karoly* (1982) fassen Selbstregulation etwas enger: „. . ., at the individual level it refers to the aggregate of processes by which psychological variables, both from the person's repertoire and biology and from the immediate environment, are interrelated in order to orient or sustain the organism's goal directed behavior." (*Kanfer* und *Karoly* 1982, S. 578).

Die individuelle Selbstregulation steht in ständiger wechselseitiger Beeinflussung mit der biologisch-physikalischen und der sozialen Umge-

Theoretisches Gebäude der Selbstregulation



Aus: *Kanfer, F. H.*: Selbstmanagement-Methoden. In: *F. H. Kanfer & A.* Goldstein: Möglichkeiten der Verhaltensänderung. München, Urban & Schwarzenberg, 1977. Seite 355, Abb. 10.1

bung. Innere Vorgänge und deren beobachtbare Ergebnisse beeinflussen die Umwelt und werden selbst wiederum durch äußere Ereignisse beeinflußt.

Wenn auch das Konzept der Selbstregulation hauptsächlich auf der individuellen Ebene diskutiert wird, findet es ebenso Geltung für soziale Systeme (z. B. in der Selbstregulation eines Familiensystems).

1.4 Selbstmanagement-Therapie

Der Begriff des Selbstmanagement kennzeichnet „the gradual assumption of control by the individual over cueing, directing, rewarding, and correcting of his own behavior" (*Kanfer* und *Karoly* 1982, S. 576).

Die Theorie des Selbstmanagement legt besonderes Augenmerk auf die verdeckten Anteile der Input-Output-Sequenzen menschlichen Verhaltens (*Carver* und *Scheier* 1981) und kognitive Vorgänge, von *Dollard* und *Miller* (1950) als „higher mental processes" bezeichnet. Gemäß dem Ansatz kognitiver Verhaltensmodifikation erwirbt die Person kognitive Strategien (Beobachtung, Planung von Verhalten), welche ihr den Übergang von eingespielten, aber ineffizienten Verhaltensmustern zu neuen effizienteren Verhaltensweisen ermöglichen. Unter Anleitung des Therapeuten lernt der Patient in der Selbstmanagement-Therapie, verschiedene Möglichkeiten des Verhaltens auszuprobieren und im Hinblick auf die Selbststeuerung das Verhalten und dessen Determinanten zu (re)organisieren, (neu) zu bewerten.

Selbstmanagement impliziert die aktive Mitarbeit des Patienten bei der Auswahl und Bewertung der Therapieziele, bei der Beachtung interner und externer Variablen und beim Einsatz kognitiver Prozesse zur Verbesserung der Effektivität seines Verhaltens. Wirksames Selbstmanagement-Training führt zu einer Veränderung des unerwünschten Verhaltens, zu systematischem Problemlöseverhalten, zur Planung von Verhalten und zu neuen erwünschten Verhaltensmustern.

Die Aufgabe des Klinikers ist die Unterstützung des Patienten beim Aufbau des neuen Verhaltensrepertoires. Im Rahmen einer Selbstmanagement-Therapie sollte der Klient lernen, entsprechende Hinweisreize (Umgebungsstimuli, biologische, kognitive Ereignisse, Rückmeldungen eigenen Verhaltens) zu erkennen und diese als Auslöser für Selbstkontrollprozesse zu benutzen. Diese beziehen sich vornehmlich auf folgende Bereiche:

1) Kontrolle der eigenen Reaktionen auf extern dargebotene Konfliktsituationen (Widerstehen einer Versuchung oder Ertragen einer unangenehmen Situation).

2) Kontrolle physiologischer Erregung in Zusammenhang mit Angst, Schmerz etc.

3) Kontrolle kognitiver oder vorstellungsmäßig ausgelöster unerwünschter Reaktionen.

Thoresen und *Mahoney* (1974) unterscheiden zwei Arten von Kontrollstrategien:

1) *Programmierung des Verhaltens* (behavioral programming), wobei die Person eigenes Verhalten und die selbsterzeugten (kognitiven, motorischen) Konsequenzen des Verhaltens weitgehend unabhängig von äußeren Gegebenheiten verändert (z.B. durch Selbstbeobachtung, Selbstbelohnung, Selbstbestrafung).

2) *Planung der Umgebung* (environmental planning), wobei die Person die Umgebungseinflüsse derart kontrolliert (z.B. durch Stimuluskontrolle), daß sie die erwünschte Änderung ermöglichen.

Die Änderung vertrauten (jedoch unerwünschten) Verhaltens und das Einlassen auf eine Behandlung und deren Ziele sind für die meisten Patienten angstauslösend — Selbstmanagement-Methoden werden deshalb häufig zur Strukturierung des Therapieprozesses selbst eingesetzt. Erst wenn die notwendige Bereitschaft zu einer tatsächlichen Veränderung gegeben ist, können die Methoden zur Problembewältigung im engeren Sinn eingesetzt werden.

Beispiel: Die Motivation eines Patienten zur Veränderung im Sinne von zielgerichtetem Verhalten kann in Anlehnung an das Selbstregulationsmodell und durch Abschluß eines Vertrages gefördert werden. Erst dann werden dem Patienten Methoden an die Hand gegeben, die direkt auf die Veränderung seiner Probleme abzielen.

Zusammenfassung

1) Der Ansatz des *Selbstmanagement* dient zum einen der Strukturierung einer Therapie (im Sinne eines Metamodells des Therapieprozesses) zum anderen der direkten Veränderung konkreter Probleme im Sinne konkreter Strategien. Dabei ist der Übergang von Fremdkontrolle zu Selbstkontrolle ein fließender, der Einfluß der externen (sozialen), der biologischen und der selbsterzeugten Verhaltensdeterminanten unterschiedlich.
   In der Selbstmanagement-Therapie werden verhaltenstherapeutische Methoden (Verstärkung, Kontingenzverträge, Löschung u.v.a.m.) unter Anleitung des Therapeuten vom Patienten vermehrt selbst zur Problemlösung eingesetzt (z.B. als Selbstverstärkung).

   Die Aufgabe des Therapeuten besteht in der Unterstützung des Patienten beim Aufbau eines neuen VH-Repertoires; dies erfolgt durch:

— Unterbrechung (Löschung) des gewohnten, automatisierten, aber unerwünschten Verhaltens
— Kognitive Fertigkeiten (Problemlösen, Vorstellungen, Planen) und gleichzeitig Entwicklung neuer befriedigender Verhaltensmuster, welche dann wiederum zu automatisieren sind;
— Bewertung und evtl. neuerliche Änderung des Verhaltens.

Strategien zur Veränderung des Verhaltens sind
— Programmierung des Verhaltens
— Planung der Umgebung

2) Das *Modell der Selbstregulation* besteht aus den 3 Bestimmungsstücken:
Selbstbeobachtung
Selbstbewertung
Selbstverstärkung
und findet u. a. Anwendung bei der Vermittlung von Selbstkontrolle (als Spezialfall der Selbstregulation).

3) Wichtigste Kennzeichen von *Selbstkontrolle* sind
— Vorhandensein mehrerer Alternativen mit konflikthaften zeitlichen Konsequenzen (Verhalten steht unter multipler Kontingenzkontrolle);
— Durch Ingangsetzen selbsterzeugter kontrollierender Verhaltensweisen kommt es zu einer Veränderung der Auftrittswahrscheinlichkeit des problematischen Verhaltens.

Selbstkontrollsituationen werden charakterisiert durch
— Widerstehen einer Versuchung
— Ertragen einer unangenehmen Situation

Literatur zu Kapitel 1:

Bunge, M., Scientific Research 1. The Search for System, Springer, New York 1967.

Carver, C. S., Scheier, M. F., Attention and self-regulation: A control theory approach to human behavior. Springer, New York 1981.

Dollard, J., Miller, N. E., Personality and psychotherapy: An analysis in terms of learning, thinking and culture, McGraw-Hill, New York 1950.

Kanfer, F. H., Self-regulation: Research, issues and speculations, in: *Neuringer, C. O., Michael, J. L.* (Eds.), Behavior Modification in Clinical Psychology, Appleton-Century-Crofts, New York 1970, p. 178-220 (a).

—, Self-Monitoring: Methodological Limitations and clinical applications, *Journal of Consulting and Clinical* Psychology, 35 (1970) p. 148-152 (b).

—, The maintenance of behavior by self-generated stimuli and reinforcement, in: *Jacobs, A., Sachs, L. B.* (eds.), The Psychology of Private Events, Academic Press, New York 1971, p. 39-57.

—, The many faces of self-control, or behavior modification changes its focus, in: *Stuart, R. B.* (ed.), Behavioral self-management, Brunner & Mazel, New York 1977 (a).

—, Selbstregulierung und Selbstkontrolle (Self-regulation and self-control), in: *Zeiler, H.* (Hrsg.), Die Psychologie des 20. Jhdts. Bd. 4, Pawlow und die Folgen: Von der klassischen Konditionierung bis zur Verhaltenstherapie, Kindler, Zürich 1977 (b).

—, *Goldstein, A.* (Hrsg.), Möglichkeit der Verhaltensänderung, Urban & Schwarzenberg, München 1977.
—, *Hagerman, S.*, The role of self-regulation, in: *Rehm, L. P.* (ed.), Behavior Therapy for Depression: Present status and future directions, Academic Press, New York 1981.
—, *Karoly, P.*, Self-control: A behavioristic excursion into the lion's den, *Behavior Therapy* 3 (1972) p. 398-416 (a).
—, —, Self-regulation and its clinical application: Some additional conceptualizations, in: *Johnson, R. C.; Dolecki, P. R., Mowrer, O. H.* (eds.), Conscience, Contract and Social Reality: Theory and Research in Behavioral Science, Holt, Rinehart & Winston, New York 1972, p. 428-437 (b).
—, —, The Psychology of Self-Management: Abiding Issues and Tentative Directions, in: *Kanfer, F. H., Karoly, P.* (Hrsg.), The psychology of self-management. From theory to practice. Pergamon Press, New York 1982.
—, —, (Hrsg.), The psychology of self-management. From theory to practice, Pergamon Press, New York 1982.
Miller, J. G., Living Systems, McGraw-Hill, New York 1978.
Skinner, B. F., Science and human behavior, MacMillan, New York 1953.
Thoresen, C. E., Mahoney, M. J., Behavioral self-control, Holt, Rinehorst & Winston, New York 1974.

2. Geschichte

2.1 Vorläufer

Frühe Entwicklungen lerntheoretischer Konzepte gehen im wesentlichen auf Laborexperiemente und hier wiederum auf Tierexperimente zurück. In der Folge wurde versucht, lerntheoretische Gesichtspunkte auf Verhaltensstörungen und Therapie abweichenden Verhaltens anzuwenden. Auf der einen Seite stehen die Namen *Pawlow* und *Watson* für die Übertragung des Modells der klassischen Konditionierung auf menschliche Neurosen; auf der anderen Seite die Bemühungen *Hulls*, eine systematische Theorie des Verhaltens zu entwickeln. Seine Hypothese der Antriebsreduktion bildete durch ihre Nähe zu *Freuds* Lustprinzip eine Ausgangsbasis, um die Konzepte der Psychoanalyse mit denen der Lerntheorie in einen Zusammenhang zu bringen und neu zu formulieren. *Mowrer* zählte wohl zu den ersten, der mit seiner Reiz-Reaktionsanalyse der Angst (1950) eine solche Neuformulierung versuchte. Seiner Unterscheidung zwischen klassischer Konditionierung (Signallernen) und instrumenteller Konditionierung (Problemlösen) wird auch für die Entwicklung anderer Verhaltensstörungen entscheidende Bedeutung beigemessen.

Auf der Grundlage von *Hulls* Lerntheorie unternahmen auch *Dollard* und *Miller* (s. a. Quellentext!) einen sehr interessanten Versuch, die psychoanalytische Neurosentheorie lerntheoretisch zu fassen (1950). Von Bedeutung für die weitere Entwicklung im Theorie- und Therapiebe-

reich war u.a. die Auffassung *Dollards* und *Millers*, daß verbale Reaktionen verhaltenssteuernde Wirkung erlangen können (z.B. über die Vermittlungen von Hinweisreizen für VH). Unter Selbstkontrolle wird die Lösung eines Konfliktes zwischen Annäherung und Vermeidung gesehen, wobei das selbstregulierende Verhalten vor allem auf der verbalen, symbolischen Ebene abläuft (Formulierung eines Ziels, Einschätzung und Korrektur des Verhaltens hinsichtlich des Ziels). Die therapeutische Situation dient dazu, dem Patienten die Möglichkeit zu geben, bessere Lösungen für seine Probleme zu lernen.

Shoben (1949), ebenfalls von *Hull* und *Mowrer* geprägt, widmet sich einer detaillierten Betrachtung der Psychotherapie. Er gliedert den Therapieprozeß in 3 Phasen, welche er einer lerntheoretischen Analyse unterzieht. In der ersten Phase gehe es um die Aufhebung von Verdrängung und die Entwicklung von Einsicht durch symbolische Wiederherstellung der Angststimuli. Aufgabe der zweiten Phase wäre die Angstreduktion durch Gegenkonditionierung und in der dritten Phase müßte der Patient umerzogen werden zu gesunden Zielvorstellungen und zur Aneignung effektiven Verhaltens für deren Verwirklichung (vgl. *Kanfer* und *Phillips* 1970, 108).

Sowohl *Dollard* und *Miller* als auch *Shoben* haben schon einige Gedanken *Skinners* — wenn auch unter verschiedenen Labels — vorweggenommen.

Skinner behandelt dann auch (1953) in seinem „Science and Human Behavior" das Thema Selbstkontrolle ausführlich (vgl. Quellentext!); Selbstkontrolle gilt als Fähigkeit eines Individuums, eine Reaktion mit hoher Auftrittswahrscheinlichkeit durch eine Reaktion mit ursprünglich niedriger Auftrittswahrscheinlichkeit zu ersetzen.

Wenn auch nach *Skinner* das Verhalten letztlich durch externe Kontingenzen bestimmt bleibt, billigt er doch verbalen Prozessen eine wichtige Rolle zu. Gerade diese Erweiterung der Verhaltenstherapie durch den Einbezug kognitiver Vorgänge als wichtige Verhaltensdeterminanten wurde durch die Arbeiten *Rotters* (vgl. Quellentext!) und *Mischels* wesentlich gefördert. Wichtige Bestandteile der „kognitiv-sozialen Lerntheorie" *Mischels* (1968, 1973) sind Umgebungsbedingungen und deren kognitive Transformationen wie Erwartungen, subjektive Bewertungen etc. (vgl. *Bandura* 1969).

Schon sehr früh beschäftigt sich *Kanfer* mit der genaueren Analyse solcher Reiz-Reaktionsbeziehungen und deren Einflußgrößen, wie etwa seine 1956 durchgeführte Untersuchung von Wahrnehmungs- und Informationsverarbeitungsprozessen im Hinblick auf Reiz-Reaktionszusammenhänge zeigt.

Vor allem Arbeiten zum verbalen Konditionieren wiesen darauf hin, daß operante Theorie allein zur Erklärung der Veränderung verbaler, symbolischer und kognitiver Vorgänge nicht ausreicht. Die Ergebnisse zeigen deutlich, welche Rolle selbsterzeugte Stimuli, Reaktionen und Verstärker bei der Steuerung von Verhalten spielen. Konsequenterweise ergab sich die Hinwendung zu näherer Analyse von Selbstregulationsprozessen, welche als Psychologie der Selbstregulation im Selbstmanagement Anwendung findet.

2.2 Die Anfänge

2.2.1 Zeitgeschichtlicher Kontext und geistesgeschichtliche Situation und ihre Relevanz für die Entwicklung des Verfahrens

Phänomene und Prozesse der Selbsteuerung standen wiederholt im Mittelpunkt psychologischen Interesses, sei es im Rahmen einer phänomenologisch beschreibenden Psychologie (*Freud*); sei es in einer experimentell empirischen Richtung. Die Unterschiede lagen (und liegen) sowohl im methodischen Ansatz, sicherlich in der Benennung als auch in der Einbettung in die jeweilige Theorie. Steht auf der einen Seite die Betonung relativ stabiler Persönlichkeitscharakteristika und Eigenschaften wie „Wille" etc., werden andererseits die individuelle Lerngeschichte und Umgebungsbedingungen für die Ausführung von Selbstregulation und Selbstkontrolle verantwortlich gemacht.

Die Geschichte des Selbstmanagement-Ansatzes in der jetzigen Form ist allerdings nicht sehr alt.

Siedelt man den Beginn der Entwicklung von *Kanfers* Ansatz mit seinen Arbeiten zur Wahrnehmung und zum verbalen Konditionieren um 1955 an, so findet man, daß zu dieser Zeit sozialpolitische, wirtschaftliche und technologische Veränderungen zum einen die Einstellung professioneller Hilfestellung beeinflußten, zum anderen aber auch die damit verbundenen Forschungsstrategien und wissenschaftlichen Konzepte.

Gerade die 50er Jahre sind gekennzeichnet durch psychologische Theoriediskussionen. Diese theoretischen Kontroversen resultierten in der heutigen Ansicht, daß zur Erklärung menschlichen Verhaltens nicht eine einzige Theorie ausreichen kann; vielmehr versucht man durch Theorien über verschiedene Bereiche einzelne Facetten eines so komplexen Gegenstandes wie das menschliche Verhalten adäquat zu erklären. Ein Nachteil einer solchen Zugangsweise zu klinischen Problemen ist darin zu sehen, daß ein einzelner Psychologe nicht mehr auch nur über die notwendigsten Kenntnisse in den verschiedenen Spezialgebieten und Nachbardisziplinen verfügen kann (Sozialpsychologie, Wahrneh-

mungspsychologie, Motiviationspsychologie, Methodenlehre, Physiologie, Informationsverarbeitung ...).

Ist für *Kanfer* der Einbezug von Erkenntnissen solcher Nachbardisziplinen nicht mehr wegzudenken, so bot ihm aber die Verhaltenstherapie sicherlich ein Grundgerüst für seine praktische und wissenschaftliche Tätigkeit. In der Verhaltenstherapie, welche spätestens in den 60er Jahren weite Verbreitung fand, hielt man sich in unterschiedlichem Ausmaß an die Ideen von *Thorndike, Watson, Pawlow, Skinner* und *Hull*. Neben sog. radikalen Behavioristen, die am klassischen Reiz- und Reaktions-Schema und der Umwelt als dominante unabhängige Variable festhielten, begannen Neobehavioristen die Angemessenheit des Konditionierungsparadigmas in Frage zu stellen. Die Entwicklung von Theorien zur Informationsverarbeitung und zu kognitiven Prozessen lieferten wichtige Grundlagen zum Einbezug kognitiver Ereignisse in die Erklärung menschlichen Verhaltens. Gleichzeitig zeigte sich der Einfluß der Feldtheorie, wie sie *Kantor* schon 1924 vorweggenommen hatte, und weiterer systemtheoretischer Ansätze in der Hervorhebung interaktionistischer, reziproker Beziehungen zwischen Person und Umwelt (*Bandura*, 1969; 1974).

Exkurs

Zur Rolle „privater", kognitiver Ereignisse und ihrer verhaltenssteuernden Wirkung

Im einfachsten Modell werden kognitive, nicht extern zugängliche Ereignisse genauso behandelt wie beobachtbares Verhalten. Diese heuristische Annahme, bekannt als „Kontinuitätsannahme", besagt, daß selbsterzeugte Stimuli, Reaktionen und Verstärkungen ebenso analysiert werden können wie externale Ereignisse (*Skinner* 1953, *Bandura* 1969, *Kanfer* und *Phillips* 1970).

Homme (1965) faßt private Ereignisse als spezielle Form operanten Verhaltens auf und begründet somit die Anwendung von Konditionierungsmodellen auf „coverants" (= covert operants of the mind). Diese Auffassung begünstigte die Entwicklung von therapeutischen Techniken wie Covert Sensitization, Covert Modeling und Gedankenstop. Viele methodologische Probleme im Umgang mit nicht beobachtbaren Ereignissen blieben vorerst unberücksichtigt; trotzdem wurde mit diesem Ansatz der Grundstein für die Veränderung von Phantasien, Gedanken, Selbstaussagen etc. gelegt.

Ein etwas besser elaboriertes lerntheoretisch orientiertes Modell ist das kognitiv-mediationale Modell (*Bandura* 1969, 1971; *Kanfer* 1971; *Kanfer* und *Karoly* 1972; *Mischel* 1971, 1973): Charakterisiert durch den gleichen methodologischen Ansatz wie in der Analyse beobachtbaren Verhaltens, versucht man jene spezifischen Prozesse zu erfassen, die ablaufen, wenn ein Individuum neue Informationen verarbeitet und integriert, wenn es auf das eigene Verhalten reagiert und Auslöser oder Verstärker für beobachtbare und private Verhaltensweisen schafft.

Kanfer (1970, 1971) sieht diese kognitiven kontrollierenden Prozesse als Selbstregulationsmechanismen; sie umfassen die Informationsgewinnung, die Bewertung und die Verstärkung des laufenden Verhaltens sowie die Zielsetzung für zukünftiges Verhalten. Solche Gedankenprozesse können durch persönliche Erfahrungen und durch Verände-

rung des Verhaltens anderer modifiziert werden. Das tatsächlich gezeigte Verhalten wird nach *Kanfer* sowohl durch selbsterzeugte Stimuli (als Produkt früherer sozialer und persönlicher Erfahrungen) als auch durch umgebungsbedingte Variablen und biologische Komponenten des Organismus bestimmt.

Die relativ einfache Veränderung kognitiver Prozesse ließ diesen große Aufmerksamkeit zukommen (*Dollard* und *Miller*, 1950), insbesondere ihrer Auslöserfunktion von Verhalten und ihrer relativen Unabhängigkeit von spezifischen situationalen Bedingungen.

Nach *Pawlow* wird das einfache Konditionierungsmodell (vgl. Reflexsystem, das die Beziehung Input — Output bestimmt) ergänzt und erweitert durch das sogenannte 2. Signalsystem, in dem sprachliche Prozesse die Input-Output-Relation determinieren (durch Organisation der Information, Unterbindung reflexhafter Reaktionen etc.). Die Auffassung der sozialen Lerntheorie ist diesem Ansatz ähnlich, betrachtet aber in Erweiterung selbsterzeugte Regeln und Verstärker im Gegensatz zu äußeren Kontingenzen vorrangig. Dabei bleibt die Frage offen, welche Variablen die Entwicklung von (Verhaltens-)Regeln beeinflussen und in welchem Ausmaß solche Regeln wiederum das tatsächliche Verhalten beeinflussen.

Das Charakteristikum verhaltensorientierter Ansätze bleibt jedoch die Annahme, daß das Wissen um erwünschtes Verhalten (und wie es auszuführen ist) und die Beseitigung emotionaler Blockaden noch keine hinreichende Voraussetzung für eine tatsächliche Änderung des Verhaltens in entsprechenden Situationen darstellt. Auch unter dem Gesichtspunkt, daß Kognitionen sowohl Auslöser als auch Konsequenzen von beobachtbarem Verhalten sein können und in gegenseitiger Wechselwirkung mit diesem stehen, scheint es in den meisten klinischen Fällen sinnvoll, für eine Veränderung die kognitive *und* die Verhaltensebene zu berücksichtigen (vgl. *Kanfer*, 1979).

Methoden, die einem solchen kognitiv-behavioralen Ansatz zuzuordnen sind, können folgende Zielvorstellungen beinhalten:

1) Techniken, bei denen spezifisch problem-bezogene Verhaltensweisen das Ziel der Behandlung darstellen (z.B. Gedanken-Stop).
2) Methoden, die auf das Training von Bewältigungsfertigkeiten abzielen, zum Umgang mit aktuellem Problemverhalten sowie zukünftig auftretenden ähnlichen Ereignissen (z.B. Streß-Bewältigungstraining).
3) Methoden zur Veränderung von Selbst-Regulations-Prozessen, um das gegenwärtige Problem zu verändern und zukünftigen Ereignissen vorzubeugen, indem das kognitive Verhalten der Person verändert wird (z.B. kognitive Umstrukturierung).
4) Strategien in dyadischer Therapie, die spezifische Verhaltensänderungen erleichtern sollen, die die Übernahme von Verantwortung und Änderungsmotivation fördern sollen und die problem-vermeidende, selbst-korrigierende Verhaltensweisen hervorrufen sollen (z.B. Selbstmanagement-Training).

Diesen Änderungszielen liegt ein allgemeines Modell von Verhalten zugrunde, das ein Zusammenwirken situationaler, selbst-erzeugter und biologischer Variablen vertritt (wobei nach neueren Ansichten sehr wohl auch die biologischen Variablen veränderbar sind, vgl. Beeinflussung biologischer Variablen durch selbsterzeugte Stimuli im Rahmen von Biofeedback-Ansätzen).

Zusammenfassung

Kanfer (ähnlich wie *Bandura*) vertritt mit einem interaktionistischen Standpunkt eine Abkehr von reinen S-R-Modellen, wonach das Individuum mehr oder weniger passiv auf externe Reize reagiert, und ebenso

von Modellen, die eine autonome Persönlichkeit postulieren, welche sich vornehmlich intern und durch freien Willen gesteuert verhält. Ein interaktionistischer Ansatz hingegen geht davon aus, daß das Individuum die soziale und auch physikalische Umwelt beeinflußt und sich diese wiederum auf das Verhalten des Individuums niederschlägt. Der Grad der wechselseitigen Einflußnahme ist dabei variabel. Die „rückgemeldete" Wirkung des eigenen Verhaltens führt zu einer ständigen Anpassung an die veränderte Situation (Selbstregulation!).

2.2.2 *Persönlichkeit des Gründers und ihre Relevanz für die Entwicklung des Verfahrens*

F. H. Kanfer (geb. 1925 in Wien) verbrachte seine Jugend in verschiedenen Teilen Europas und ging erst 1941 mit seiner Familie in die USA. Häufiger Wechsel der äußeren Umgebung und des Kulturkreises ließ ihn schon in seinen frühen Jahren unterschiedliche Lebensstile kennenlernen und sensibilisierte ihn für verschiedene Wertsysteme und oft schwierige Lebensschicksale.

Die europäische und die amerikanische Denkweise sind bei *F. H. Kanfer* zu einer sehr glücklichen Mischung verschmolzen: Sein theoretisches Interesse, der Wunsch nach philosophischer Grundlegung und theoretischer Stimmigkeit geht einher mit der Analyse und Begründung pragmatischen Handelns. Die Frage etwa, ob eine Intervention wirkt, wird immer ergänzt durch die Frage, warum diese wirkt.

Ähnlich turbulent wie *Kanfers* Jugendzeit verlief sein beruflicher Werdegang. Nach einem Ingenieurstudium wurde *F. H. Kanfer* seinem Interesse am Studium menschlichen Verhaltens gerecht, wechselte über zu Biologie und schließlich zu Psychologie. Die eigenen Kenntnisse aus verschiedenen Bereichen, die guten Kontakte zu hervorragenden Vertretern der Nachbardisziplinen, wozu die University of Champaign, Illinois — die jetzige Arbeitsstätte *Kanfers* — viele Möglichkeiten bietet, und die jährlichen Europaaufenthalte stellen gute Bedingungen dar, um für neue Entwicklungen offen zu bleiben. *Kanfers* Arbeit wäre nicht denkbar ohne den Einbezug von Ergebnissen der Biologie, der Kognitions-Psychologie, der Informationsverarbeitungs- und Wahrnehmungstheorie. Trotz dieser oft sehr unterschiedlichen Ansätze bleibt *Kanfer* seinen Vorstellungen über den Umgang mit Menschen und der Suche nach fundierten theoretischen Grundlagen treu.

Die Rückkoppelung von Forschungsergebnissen für die Theorie menschlichen Verhaltens und die praktisch-klinische Erfahrung können als conditio-sine-qua-non seiner Arbeit als Klinischer Psychologe angesehen werden.

Im Laufe seines Studiums setzte sich *Kanfer* eingehend mit den Arbeiten und Ideen *Sigmund Freuds* auseinander. Die Beschäftigung mit *Freud* und später mit *Hull*, der ebenfalls die Komplexität des menschlichen Systems betont, mögen u. a. dazu beigetragen haben, daß *Kanfer* sich stets dieser Komplexität menschlichen Verhaltens bewußt war und ist. Dagegen war ihm *Skinner*, mit dessen Gedankengut er an der Universität von Indiana bekannt wurde, vor allem ein Vorbild hinsichtlich des methodischen Zugangs zur Erforschung menschlicher Verhaltensweisen und animierte ihn bei seiner anfänglich praktischen Orientierung zur gleichzeitigen Beschäftigung mit der theoretischen und experimentellen Grundlegung klinisch-therapeutischer Methoden.

2.3 Wirkungsgeschichte

Im Gegensatz zu psychotherapeutischen Hauptströmungen in den 50er Jahren, die auf eine Umerziehung neurotischer und psychotischer Patienten abzielten und die der Einsicht sowie der therapeutischen Beziehung am meisten Bedeutung für eine Veränderung zukommen ließen, ist heutiges psychotherapeutisches Vorgehen handlungsorientiert, bezogen auf wichtige Lebensereignisse und gestützt auf Lernprinzipien. *Kanfer* hat sicherlich die Entwicklung der Psychotherapie in den letzten Jahren und vor allem die Verhaltenstherapie entscheidend beeinflußt. Kognitive Variablen hatten in seinem Ansatz schon immer einen Platz; bei ihm war sozusagen eine „kognitive Wende" überflüssig. Die Bedeutung, die er dem Einbezug kognitiver Faktoren beimißt, zeigen u. a. bereits seine Untersuchungen zum Verbalen Konditionieren in den frühen 60er Jahren: Schon in seiner Dissertation befaßte er sich mit „The effect of partial reinforcement on acquisition and extinction of a class of verbal responses".

Nach *Braun* und *Tittelbach* (1978) fällt eine Unterscheidung zwischen dem Begriff der „Selbstkontrolle" sensu *Kanfer* und dem allgemeinen Begriff der „kognitiven Verhaltenskontrolle" im Sinne von *D'Zurilla* und *Goldfried* oder *Meichenbaum* schwer.

Die Tatsache, daß *Kanfer* es nicht für möglich hält, zur Erklärung und Veränderung von menschlichem Verhalten ein einziges und (end)gültiges Modell zu finden — sei es aufgrund der Komplexität, sei es aufgrund der Dynamik menschlichen Verhaltens — bedingen eine offene und nichtstatische Sichtweise. Unter Heranziehen derzeit als gesichert angesehener Erkenntnisse aus der Psychologie (z. B. aus der kognitiven Psychologie) und den Nachbardisziplinen wird versucht,

eine möglichst gute Annäherung an Theorien menschlichen Verhaltens zu finden und einen brauchbaren Rahmen für therapeutisches Handeln zur Verfügung zu stellen.

Vielleicht ist es ein solches Metamodell und das gesamte methodische Herangehen (theoretisch-experimentell-praktisch), das die wesentliche Beeinflussung psychologischen Denkens und Forschens durch *Kanfer* ausmacht. Er vertritt keine psychotherapeutische „Heilslehre", macht auf Grenzen psychotherapeutischen Handelns aufmerksam. Sein Prinzip minimaler Intervention deutet darauf hin, daß wir als Psychologen keine (nach unseren Vorstellungen) fehlerfreien Supermenschen aus unseren Patienten machen wollen und tatsächlich sparsam in das Leben der Patienten verändernd eingreifen sollten.

Als Kernbereich der Wirkung ist sicher der diagnostische Ansatz (*Kanfer* und *Saslow* 1965) (vgl. Kap. 5) zu sehen; weiter die elaborierte Theorie der Selbstregulation und die Betonung des Zusammenwirkens kognitiver, motivationaler, physiologischer und behavioraler Komponenten für eine Erklärung menschlichen Verhaltens (vgl. Kap. 4). Diese Gedanken lieferten Anregung zur Erforschung und zum Einsatz neuer Interventionsmethoden in vielen klinischen und auch nicht-klinischen Bereichen. *Kanfers* eigene Forschung erfolgt unter Einbezug von Regulationsprozessen aus der Psychophysiologie, der kognitiven Psychologie und der Verhaltenstheorie und ist stets an einer empirischen Forschungsstrategie, einem methodologischen Behaviorismus orientiert (vgl. Kap. 5.1.1).

Diese Ideen (des methodologischen Behaviorismus) werden auch in der praktischen Arbeit *Kanfers* mit Patienten sichtbar: Nur konkrete Hilfe ist eine tatsächliche Hilfe für den Patienten. (Wie kann unter gegebenen Bedingungen die Situation für diesen verbessert werden, was ist änderbar und wie ist es änderbar?) Die Arbeit *Kanfers* mit Klienten ist geprägt von der Achtung der Person mit ihren Problemen, Wünschen und Fähigkeiten und dem Umfeld, in dem diese Person steht.

Den Stellenwert *Kanfers* ersieht man wohl am besten an der Rezeption und Wiedergabe seiner Ideen in Hand- und Lehrbüchern der Klinischen Psychologie im amerikanischen genauso wie im europäischen Raum. Er hat mit unterschiedlichen Co-Autoren wichtige Lehrbücher der Verhaltenstherapie und Verhaltensänderung verfaßt bzw. herausgegeben: Mit *Phillips* 1970: Learning foundations of behavior therapy (Dt.: Lerntheoretische Grundlagen der Verhaltenstherapie); mit *Goldstein* 1975: Helping people change: A textbook of methods (Dt.: Mög-

lichkeiten der Verhaltensänderung) und 1979: Maximizing treatment gains: Transfer entrancement in psychotherapy, und gemeinsam mit *Karoly* 1982: The psychology of self-management — From Theory to Practice.

2.4 Beziehung des Verfahrens und seiner Begründer zur „Humanistischen Psychologie"

2.4.1 Vorüberlegungen

Es ist wohl unmöglich, die Beziehung einer psychotherapeutischen Richtung zur „Humanistischen Psychologie" halbwegs befriedigend zu analysieren. „Humanistisches Denken ist keine Erfindung des 20. Jahrhunderts; die Wurzeln reichen bis in das hellenistische Zeitalter Griechenlands zurück" (*Reinecker* 1979, S. 105) und was heute unter „Humanistischer Psychologie" subsumiert wird, läßt sich auch kaum auf einen Nenner bringen (vgl. *Revenstorf* 1983).

Versucht man dennoch einige Kernannahmen dieser Richtung herauszuarbeiten, findet man sowohl Überschneidungen als auch Differenzen zu behavioristisch orientierten Ansätzen. Im Selbstmanagement-Ansatz werden viele dieser Diskrepanzen überwunden, was jedoch aufgrund unterschiedlicher theoretischer und methodologischer Grundkonzeptionen nicht zu einer Integration oder Reduktion der einen auf die andere Richtung führen kann (vgl. dazu *Reinecker*, 1983).

Wüßte man nicht um die Theoriediskussionen, die sich um den Begriff des „Humanismus" in der Psychologie drehen, müßte man die Betonung einer „Humanistischen" Psychologie als trivial abtun: Die Psychologie erhebt doch den Anspruch, die Wissenschaft vom Menschen und dem menschlichen Verhalten zu sein. Es ist ein Hauptinteresse gerade auch der Verhaltenstherapie, dem Menschen, der aufgrund seiner Probleme in seinem Verhaltensspielraum eingeschränkt ist, zu einer positiven Veränderung und ihn befriedigenden Lebensgestaltung zu verhelfen.

2.4.2 Tendenzwenden

Die Entwicklung der *kognitiven* Verhaltenstherapie ist gekennzeichnet durch den Einbezug von Selbstberichten (zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken), die Veränderung verdeckten Verhaltens (Denken, Planen, Problemlösen, Phantasieren, Entscheidungsfinden) und vom Patienten selbst angewandte bzw. selbst erarbeitete Veränderungsprogramme. Auf lerntheoretischer Basis wurden u. a. unter

Berücksichtigung von Gesetzen aus der kognitiven Psychologie Methoden erarbeitet, welche eine Änderung der Zielverhaltensweisen mehr oder weniger unabhängig von externer Kontrolle ermöglichen. Obwohl die Effektivität von Methoden auf der Basis des Konditionierungsmodells außer Frage steht, ist das wichtigste Medium der therapeutischen Intervention die ständige verbale Interaktion (Gespräch, Denken, Selbstgespräch).

Zur gleichen Zeit, da Verhaltenstherapie kognitiven Elementen verstärkte Bedeutung zuwandte, übernahmen einsichtsorientierte, nicht behavioristische Ansätze verhaltenstherapeutische Methoden und wandten diese sowohl auf beobachtbare als auch auf nichtbeobachtbare Verhaltensweisen an.

Diese Entwicklung ist nicht als Aneinanderrücken gegensätzlicher theoretischer Lager mit eventueller Vereinigung zu sehen; sie sollte vielmehr als dialektische Synthese aufgefaßt werden, die möglicherweise aus einem Aufweichen der Ausgangsposition resultiert, gegenseitige Verständigung fördert und strenges „Schulendenken" reduziert.

2.4.3 Kontroverse Beziehungspunkte

Humanistische Therapierichtungen legen besonderen Wert auf die Entscheidungsfreiheit des Menschen und betonen den „freien Willen" als ein Hauptcharakteristikum des Menschen. Die kognitive Verhaltenstherapie und insbesondere der Selbstmanagement-Ansatz vertritt ebenfalls verstärkte Selbstbestimmung des Handelns, distanziert sich allerdings von dem problematischen Konzept des freien Willens und geht nicht von einer völligen Freiheit des Menschen in seinem Handeln als Ideal- und Zielvorstellung aus (vgl. Kap. 4).

Ein besonderes Charakteristikum Humanistischer Therapien ist die Betonung der Einsicht und des Bewußtseins um Probleme als Voraussetzung für therapeutische Veränderungen. „Identitätsfindung", „Selbstverwirklichung" sind Beispiele für Therapieziele, welche gemäß verhaltenstherapeutischer Auffassung einer Operationalisierung und gleichzeitigen Übertragung auf die Verhaltensebene bedürfen. Einsicht und Verhalten kennzeichnen in diesem Ansatz ein Therapieziel und seine Erreichung (vgl. Kap. 2.3, 2.4.1 und 5.4.1). Daraus und aus den Annahmen des Methodologischen Behaviorismus (vgl. Kap. 5.1.1.), worauf Verhaltenstherapie weitgehend aufbaut, läßt sich einfach folgern, daß Introspektion, Phänomenologie und Hermeneutik als Basis für die Erklärung und Veränderung menschlichen Verhaltens nicht ausreichen.

Häufig wird einer genauen Erforschung des Verhaltens, welche präzise Vorhersagen und effektive Kontrollmöglichkeit ermöglicht, Reduktion des Menschen, Machtausübung durch den Therapeuten, Fremdbestimmung und Manipulation unterstellt.

Es wird dabei übersehen, daß genau dieses Bedingungs- und Änderungswissen menschlichen Verhaltens die Freiheit des Einzelnen zur Selbstbestimmung erhöht, Wert- und Zielvorstellungen transparent werden läßt und die Wahrscheinlichkeit ihrer Verwirklichung vergrößert.

2.4.4 Übereinstimmung in den Zielen

Ähnlich wie humanistische Psychologen nimmt *F. H. Kanfer* im Bereich der Ziele eine existentialistische Grundhaltung für sich in Anspruch. Selbstkontroll- und Altruismusverhalten (als Therapieziel) sind die besten Beispiele dafür, daß der Mensch sich selbstverantwortlich für oder gegen vorhandene Handlungsalternativen und deren Konsequenzen entscheiden kann. Self-Management gesteht der Person zu, nicht nur in eigener Verantwortung Entscheidungen zu treffen, sondern prinzipiell auch rationale freie Entscheidungen treffen zu können (parallel zu anderen Ansätzen, welche das eigengesteuerte Handeln der Person betonen). Die Betonung liegt dabei auf *autonomen* und *humanen* (Mensch im Mittelpunkt), aber auch auf *individuellen* (Entscheidung gemäß subjektiver Situation) Aspekten.

Das Ziel, selbstbestimmt zu handeln, versucht man im Selbstmanagement-Ansatz dadurch zu erreichen, daß der Patient konkrete Informationen über VH-Determinanten erhält und schrittweise lernt, von therapeutischer Kontrolle und Verantwortung zu Selbstkontrolle und Eigenverantwortung überzugehen.

Handeln soll nicht ohne Reflexion der eigenen Ziele und Werte „passieren", und während in einigen Situationen „gedankenloses" Handeln nahezu notwendig, zumindest aber sehr sinnvoll ist (versuchen Sie einmal, jeden Handgriff beim Starten des Autos oder beim Überholen zu reflektieren!), sollte in anderen Situationen die Verhaltenskette ausgelöst oder begleitet werden von eigenen Ziel- und Wertüberlegungen. Die Freiheit zur Entscheidung für die eine oder andere Handlungsalternative setzt einerseits das Wissen um diese Wahlmöglichkeiten voraus, andererseits die Fähigkeit, diese auch realisieren zu können (d. h. daß etwa durch gezielte Übungen der Verhaltensspielraum eines ängstlichen oder zwanghaften Patienten vergrößert werden muß).

2.4.5 Zusammenfassung

Humanistische Therapierichtungen stellen den Menschen in den Mittelpunkt ihrer Überlegungen und haben das Ziel, Einfühlsamkeit und Einsicht in Problemzusammenhänge sowie Selbstverwirklichung zu fördern. Der spezielle Ansatz von *Kanfers* Selbstmanagement-Therapie ist gekennzeichnet durch eine existentialistische Grundhaltung; Ziel einer Therapie ist es, den Menschen zu vermehrter Selbststeuerung zu befähigen (wobei jedoch ein gewisser Grad von Fremdsteuerung nie auszuschalten ist), Probleme frühzeitig zu erkennen und im Bereich des Möglichen zu befriedigenden Lösungen zu kommen. *Kanfer*, der sich einem methodologischen Behaviorismus verpflichtet fühlt, versucht auf diesem Wege, Humanist zu sein und dem Patienten/Klienten direkt und konkret Hilfe zur Selbsthilfe zu gewähren.

2.5 Gegenwärtige Situation (Verbreitung, Organisation, Form und Struktur der Ausbildung)

Wie schon in Kap. 2.3 erwähnt, liegt die große Bedeutung *Kanfers* nicht so sehr in der Entwicklung eines therapeutischen Verfahrens, welches — mehr oder weniger unverändert — in fix organisierten Ausbildungsgängen weitervermittelt wird; vielmehr ist es die therapeutische Herangehensweise (z. B. Strukturierung des Therapieprozesses) und der Umgang mit Problemsituationen, welche *Kanfer* selbst in einer äußerst intensiven Ausbildung seiner Studenten (Rollenspiele therapeutischer Situationen in kleinen Gruppen, Einzelsupervision therapeutischer Arbeit etc.) und in Weiterbildungsveranstaltungen (vor allem auch in Europa) an praktisch-klinisch Tätige weitergibt. Sein Ziel in der Ausbildung von Therapeuten ist in erster Linie, die Hoffnung und den Glauben an eine Änderungsfähigkeit zu stärken, aber auch ihre Grenzen zu betonen, und in zweiter Linie die Vermittlung von Techniken und speziellen Fähigkeiten (z. B. Sensibilität für den Patienten und seine Situation) sowie das Verstehen theoretischer Zusammenhänge.

Als Beispiel sehr konkreter Leitlinien, welche der Therapeut als Modell dem Patienten weitergeben sollte, und die *Kanfers* Vorgehen gut charakterisieren, mögen die folgenden *Denkregeln* dienen:

1) *Think behavior* — Übersetzung diffuser Beschreibungen („Ich bin depressiv") in Verhaltensbegriffe („Ich sitze den ganzen Sonntag zu Hause, sage telefonische Einladungen ab, ...")
2) *Think solution* — Hinführung des Gesprächs zu möglichen Lösungen, der Patient soll lernen, weniger über seine Probleme und mehr über Lösungsansätze und Änderungsmöglichkeiten nachzudenken.

3) *Think positive* — Herausarbeitungen irgendwelcher positiver (zumindest weniger negativer) Aspekte einer Situation
4) *Think small steps* — Aufsplitterung in überschaubare, zu bewältigende Schritte in Richtung auf das Therapieziel.
5) *Think flexible* — Vorbereitung auf mögliche Änderungen der Bedingungen und Treffen neuer Entscheidungen
6) *Think ahead* — Vorausplanung und *Prehearsal* (Vorüben) kritischer Situationen

Neben diesem praxisorientierten Schwerpunkt ist es der methodisch-wissenschaftliche Ansatz zur Erforschung von Gesetzmäßigkeiten menschlichen Verhaltens, welcher in den Ergebnissen empirischer Untersuchungen und in zahlreichen Publikationen Niederschlag und Verbreitung erfährt.

Literatur zu Kapitel 2.1

Bandura, A., Principles of behavior modification, Holt, New York 1969.

—,Behavior therapy and the models of man, *American Psychologist*, 29 (1974) S. 859-869.

Dollard, J., Miller, N. E., Personality and psychotherapy: An analysis in terms of learning, thinking and culture, McGraw-Hill, New York 1950.

Kanfer, F. H., Perception: Identification and instrumental activity, *Psychol. Review*, 63 (1956) S. 317-329.

—,Verbal conditioning: A review of its current status, in: *Dixon, T. R., Horton, D. L.* (Eds.), Verbal Behavior and Its Relation to General S-R Theory, Englewood Cliffs, N. J., Prentice-Hall, 1968, 254-290.

—,*Phillips, J. S.*, Lerntheoretische Grundlagen der Verhaltenstherapie, München, Kindler 1970.

Mischel, W., Personality and assessment, J. Wiley, New York 1968.

—,Toward a cognitive social learning reconceptualization of personality, *Psychol. Review*, 80 (1973) S. 252-283.

Mowrer, O. H., Learning theory and personality dynamics, Ronald Press, New York, 1950.

Shoben, E. J., Psychotherapy as a problem in learning theory, *Psychol. Bulletin*, 46 (1949) S. 366-392.

Literatur zu Kapitel 2.2

Bandura, A., Principles of behavior modification, Holt, New York 1969.

—,Social learning theory, General Learning Press, Morristown, N.J. 1971.

—,Behavior therapy and the models of man, *American Psychologist*, 29 (1974) S. 859-869.

Dollard, J., Miller, N. E., Personality and psychotherapy: An analysis in terms of learning, thinking and culture, McGraw-Hill, New York 1950.

Homme, L. E., Perspectives in psychology, XXIV: Control of coverants, the operants of the mind, *Psychological Record*,18 (1965) S. 501-511.

Kanfer, F. H., Self-Management: Strategies and Tactics, in: *Goldstein, A. P.* und *Kanfer, F. H.*, Maximizing treatment gains: Transfer enhancement in psychotherapy, Academic Press, New York 1979.

—,Self-regulation: Research, issues, and speculations, in: *Neuringer, C.* und *Michael, J. L.* (eds.), Behavior modification in clinical psychology, Appleton, New York 1970.
—,The maintenance of behavior by self-generated stimuli and reinforcement, in: *Jacobs, A.* und *Sachs, L. B.* (eds.), The psychology of private events, Academic Press, New York 1971.
—,und *Karoly, B.*, Self-control: A behavioristic excursion into the lion's den, *Behavior Therapy*, 3 (1972), S. 398-416.
—,und *Phillips, J. S.*, Learning foundations of behavior therapy, J. Wiley, New York 1970.
Mischel, W., Introduction to personality, Holt, New York 1971.
—,Toward a cognitive social learning reconceptualization of personality, *Psychol. Review*, 80 (1973) S. 252-283.
Skinner, B. F., Science and human behavior, Macmillan, New York 1953.

Literatur zu Kapitel 2.3

Braun, P., Tittelbach, E., Verhaltenstherapie, in: *Pongratz, L.* (Hrsg.), Klinische Psychologie, 2. Halbband (Handbuch der Psychologie, Bd. 8). Hogrefe, Göttingen 1978.
Goldstein, A. P., Kanfer, F. H., Maximizing treatment gains: Transfer enhancement in psychotherapy, Academic Press, New York 1979.
Kanfer, F. H., Phillips, J. S., Learning foundations of behavior therapy, J. Wiley, New York 1970.
—,*Goldstein, A. P.*, Helping people change. A Textbook of methods, Pergamon, New York 1975, 1980, dt.: Möglichkeiten der Verhaltensänderung. Urban & Schwarzenberg, München 1977.
—,*Saslow, G.*, Behavioral analysis, *Archives of General Psychiatry*, 12 (1965) S. 529-538.
Karoly, P., Kanfer, F. H., The psychology of self-management: From theory to practice, Pergamon, New York 1981.
Mahoney, M., Cognition and Behavior Modification, Ballinger, Cambridge 1974.

Literatur zu Kapitel 2.4

Reinecker, H., Selbstkontrolle, Otto Müller, Salzburg 1978.
—,Das Paradigma der Selbstkontrolle als Überwindung der Kontroverse zwischen Behaviorismus und Humanismus, in: *Rüdiger, D., Perrez, M.* (Hrsg.), Anthropologische Aspekte der Psychologie. Festschrift für W. J. Revers. Otto Müller, Salzburg 1979.
—,Grundlagen und Kriterien verhaltenstherapeutischer Forschung, AVM-Verlag, Salzburg 1983.
Revenstorf, D., Psychotherapeutische Verfahren, Bd. III, Humanistische Psychologie, Kohlhammer, Stuttgart 1983.

3. Menschenbild

3.1 Grundzüge des Menschenbildes

In der Verhaltenstherapie im allgemeinen und dem Selbstmanagement-Ansatz im speziellen fällt es schwer, ein explizites Menschenbild festzumachen. Stattdessen wird versucht, innerhalb des biologischen, gesellschaftlich-kulturellen und individuellen Rahmens für das Individuum *relative Freiheit* zu vertreten und zu schaffen. Dem in der Verhaltenstherapie vertretenen funktionalen Denken geht es nicht — wie dem Essentialismus — um die Suche nach Wesenseinheiten, sondern um die Frage nach Bedingungszusammenhängen, die zu bestimmten menschlichen Reaktionen, Gefühlen, Gedanken führen. Diese mangelnde inhaltliche Festlegung hat den Vorteil, daß man sich sehr problematische — weil ideologische — Aussagen spart und damit auch Ziele und Ansatzpunkte therapeutischer Intervention offen bleiben.

Beispiel: Ein negatives Extrembeispiel wäre die Aussage, der Mensch sei von Natur aus asozial; das anzustrebende Ideal dagegen wäre ein Mensch mit einer großen Menge sozialer Beziehungen.

Ein Nachteil eines fehlenden expliziten Menschenbildes ist sicher darin zu sehen, daß die großteils sehr effektiven Methoden der Verhaltenstherapie prinzipiell auch für problematische Ziele eingesetzt werden können (eine Tatsache, durch die Verhaltenstherapie häufig in schlechtes Licht gerückt wurde, obwohl es nicht der Therapiemethode anzulasten ist, wenn damit Mißbrauch getrieben wird).

Faßt man Verhaltenstherapie vor allem als Methodologie auf, als spezifische Zugangsweise zu individuellen und sozialen Problemen, so könnte man diese *Brille des Wissenschaftlers* als eine Art Menschenbild zweiter Ordnung sehen (vgl. auch *The Scientist as Subject, Mahoney* 1976). Die methodologische Festlegung impliziert eine Betrachtung des Menschen und seiner Probleme und eine evtl. Behandlung nach bestimmten (funktionalen) Gesichtspunkten (*Wilson* und *Franks* 1982). Unsere Erkennntnis und unser Wissen sind zwar begrenzt und vorläufig, und doch müssen und können wir damit (therapeutisch) arbeiten und weitere Forschung betreiben.

3.2 Menschenbild und persönliche Biographie

Auch wenn häufig von einem bestimmten Menschenbild die Rede ist, muß man sich im klaren sein, daß — vorausgesetzt es wird ein solches mehr oder weniger festgelegt — dieses doch von jeder Person individuelle Färbung erhält.

Auf diese Weise sind sicher folgende Gedanken *Kanfers* zum Menschen mitgeprägt durch seine ganz persönliche Lebensgeschichte.

Kanfer geht davon aus, daß die Entwicklung des Menschen durch seine Natur- und Kulturgeschichte gekennzeichnet ist. Menschliche Errungenschaften machten es möglich, den direkten Überlebenskampf mit der Natur zu vergessen.

Im Gegensatz zum Tier, das lernt, sich der Umwelt anzupassen, gestaltet der Mensch die Umwelt zu einem großen Teil entsprechend seinen kulturellen und historischen Erfordernissen. Zum „großen Teil" deshalb, weil der Mensch zum einen selbst durch seine Umwelt geformt ist und zum anderen bestimmte Grenzen einer totalen Veränderungskompetenz entgegenstehen (z. B. biologische und genetische Faktoren, die — derzeit — nicht gezielt zu beeinflussen sind).

Diese Freiheit des Menschen, der die eigenen Lebensbedingungen begrenzt gestaltet, aber sein Handeln nicht völlig beliebig steuern kann, entspricht dem Konzept eines reziproken Determinismus (auch komplexen Interaktionismus): Menschliches Verhalten beeinflußt die Umwelt, die Umwelt wiederum menschliches Verhalten. (*Kanfer* 1970; *Kanfer* und *Karoly* 1972; *Bandura* 1974, 1977; *Mahoney* 1974).

Versucht man, *ein* Modell des Menschen zu entwerfen, muß man wohl aufgrund der Flexibilität und ständigen Entwicklung des einzelnen Menschen und der gesamten Menschheit (innerhalb ihrer biologischen Grenzen) scheitern.

Die Wissenschaft vom menschlichen Verhalten kann nicht als Ziel *ein* singuläres und deterministisches Modell vom menschlichen Dasein anstreben, sondern muß sich mit probabilistischen Aussagen zu Detailbereichen abfinden. Da viele Bereiche in verschiedener Hinsicht konzipierbar sind, scheint ein Pluralismus als Denkmodell sinnvoll und adäquat.

3.3 Menschenbild und Weltbild

Genau wie ein Bild vom Menschen ist auch die Bedeutung des Lebens (*the meaning of life*) eine dynamische Widerspiegelung der jeweiligen Kultur und Technologie, welche vom Einzelnen individuell ausgeformt wird. *Kanfer* ist der Auffassung, daß erst Lebensbedingungen, wie sie etwa in industrialisierten Ländern herrschen, die Frage nach dem Sinn des Lebens entstehen lassen. Mit dem Aufwerfen dieser Frage entsteht auch das Problem: Eine ständige Suche nach der Antwort.

In einer psychologischen Theorie kann diese Antwort nicht gefunden werden. Unter Berücksichtigung des kulturellen Rahmens, der individuellen Bedingungen und persönlicher Ziele kann jedoch der Psychologe helfen, einen möglichst idealen und adäquaten Lebensstil zu finden und zu verwirklichen. Er kann dem Klienten mit Verhaltensproblemen kein „richtiges" Ziel vorgeben, er kann aber mit diesem gemeinsam einen Entscheidungsprozeß zur Auswahl adäquater Ziele durchmachen.

Dieses gemeinsame Herausfinden und Entscheiden, was für den Patienten in seiner Ausgangslage geeignet und sinnvoll ist, kann als ein ganz zentraler Punkt der Selbstmanagement-Therapie angesehen werden. Mittels therapeutischer Methoden (Vertragsabschluß, Ziel- und Werteklärung, Problemlösen etc.) lernt der Patient, seine eigenen Werte und Ziele zu finden und sein Verhalten dementsprechend zu steuern.

3.4 Zusammenfassung

In Anerkennung der interaktionistischen Sichtweise menschlichen Verhaltens vertritt *Kanfer*, daß der Mensch durch sein Verhalten aktiv seine Umwelt mitbestimmt; die Umwelt wiederum wirkt auf ihn und sein Verhalten. Kulturelle, gesellschaftliche Gegebenheiten geben einen sich ständig verändernden Rahmen menschlicher Wertmaßstäbe ab.

Literatur zu Kapitel 3

Bandura, A., Behavior theory and the models of man. *American Psychologist*, 1974, 29, 859-869.

—,Social learning theory. Englewood, Cliffs, N. J., Prentice Hall 1977.

Kanfer, F. H., Self-regulation: Research, issues and speculations. in: *Neuringer, C., Michael, J. L.* (Eds.), Behavior modification in clinical psychology. Appleton-Century-Crofts, New York 1970.

—,Personal control, social control and altruism, or can society survive the age of individualism? *American Psychologist*, 1979, 34, 231-239.

—,*Karoly, P.*, Self-control: A behavioristic excursion into the lion's den. *Behavior Therapy*, 1972, 3, 398-416.

—,*Stifter, E., Morris, St. J.*, Self-Control and Altruismus: Delay of Gratification for Another. *Child Development*, 1981, 52, 674-682.

Mahoney, M. J., Cognition and Behavior Modification. Ballinger, Cambridge, Mass. 1974.

—,The Scientist as Subject, Ballinger, Cambridge, Mass. 1976.

Wilson, G. T., Franks, C. M., Contemporary Behavior Therapy. Conceptual and Empirical Foundations. The Guildford Press, New York 1982.

4. Persönlichkeitstheorie

4.1 Begriff und Verständnis der Person

4.1.1 Begriff des Selbst

Das *Selbst* ist nach behavioristischer Auffassung ein *„funktional-geschlossenes Reaktionssystem"* (*Skinner*, 1973). Eine Klasse instrumenteller Reaktionen wird jeweils durch ein Set von Verstärkern bestimmt. Ebenso können bestimmte situationale Faktoren mit relativ stabilen Verhaltensmustern gekoppelt sein.

Ein- und dieselbe Person verfügt über eine Reihe von unterschiedlichen „Selbst-Systemen" (etwa Einstellungen, welche durch Lernprozesse erworben sind). Gemäß der sozial-kognitiven Lerntheorie wird das Verhalten von externen Stimuli und deren kognitiver Interpretation durch die Person bestimmt und steht in reziproker Interaktion mit Umgebungsfaktoren (*Mischel* 1971, *Bandura* 1978).

Zwei Modifikationen des linearen (input — output) Lernmodells erlauben eine behavioristische Erklärung zentraler (auch interner) Verhaltensabläufe: Rückkopplung bewirkt, daß eigenes Verhalten als Auslöser für selbstgesetzte Verhaltensweisen fungiert, d. h. daß wir durch eigenes Verhalten beeinflußt werden, darauf reagieren, es einschätzen und korrigieren können (diese Selbststeuerung des Verhaltens ist die Voraussetzung und der Kern der „Selbstregulation"); die zweite notwendige Zusatzannahme betrifft das selektive Aufnehmen und Verarbeiten umgebungsbedingter Stimuli.

Es ist für die Persönlichkeitstheorie des Selbstmanagement-Ansatzes wichtig, daß intrapersonale Verhaltensmuster in einem frühen Entwicklungsstadium erworben sein können, daß sie aber nicht unabhängig von gegenwärtigen situationalen und zeitlichen Bedingungen wirksam werden.

4.1.2 Einflußfaktoren des Verhaltens

Für die Analyse von menschlichem Verhalten und dessen Einflußfaktoren unterscheiden *Kanfer* u. *Karoly* (1972) drei Variablenbereiche: *Alpha-Variablen* sind Einflüsse, die der unmittelbaren Situation entspringen, *Beta-Variablen* bezeichnen selbsterzeugte (gelernte) Stimuli (Auslöser, Verstärker) und *Gamma-Variablen* stehen für biologische Bedingungen.

Da das Ausmaß der unterschiedlichen Einflüsse mit dem Zeitpunkt und dem Ereignis variiert und die drei Variablen in einem interaktionistischen Verhältnis stehen, bleiben Voraussagen bezüglich jeweils

dominierender Einflußgröße und gegenseitiger Veränderung immer probabilistischer Natur. Auch eine sehr genaue Kenntnis der Bedingungen wird keine völlig sichere Vorhersage erlauben. Situationale, umgebungsbedingte (α), selbsterzeugte (δ) und biologische (β) Variablen wechseln in ihrem Einfluß auf das Verhalten in bestimmten Situationen bzw. zu einem bestimmten Zeitpunkt von einem minimalen bis zu einem maximalen Ausmaß.

An einem Beispiel sei dieses Konzept der verschiedenen Determinanten von Verhalten erläutert:

Ein Junge muß in der Bäckerei Brot holen. Der Duft frischen Schokoladekuchens schlägt ihm entgegen, doch hat er von der Mutter nur Geld für das Brot mitbekommen. Alpha-Variablen, wie der Kuchenduft, die Anwesenheit des Bedienungspersonals und gleichzeitig die Auftürmung der Kuchen in Reichweite werden das Verhalten des Jungen mitbestimmen. Daneben wirken Beta-Variablen (selbsterzeugte Hinweisreize) im Sinne internalisierter elterlicher Einstellung zu Ehrlichkeit und der Erfahrung von Schuldgefühlen. Die Gamma-Variablen betreffen u. a. Hungergefühle und Deprivation (besonders etwa bei einem zuckerkranken Kind, das nie Schokolade zu essen bekommt).

Obwohl hier einige Variablen als bekannt angenommen werden, läßt sich keine sichere Vorhersage des Verhaltens treffen, weil die genaue Konstellation zum Zeitpunkt X nicht voraussagbar ist (wie verhält sich das Personal, was nimmt der Junge wahr etc.).

Traditionelle Persönlichkeitstheorien postulieren im Gegensatz zur behavioristischen Auffassung Persönlichkeitscharakteristika, welche relativ stabil und unabhängig von situationalen Faktoren das Verhalten steuern.

Die unterschiedlichen theoretischen Annahmen in der Konzeption der Persönlichkeit lassen sich anhand einer genauen Betrachtung des „Willenskonzeptes" zeigen:

4.1.3 Willenskraft und Selbstregulation

Lange Zeit wurde die Steuerung des eigenen Verhaltens angesichts entgegenwirkender Einflüsse (soziale, psychische Umgebung, biologische Mechanismen) durch Konzepte wie Ich-Stärke, Moral oder Willensstärke erklärt, ohne jedoch die Zirkularität dieses Begriffes zu durchleuchten. Neigung zu Suchtverhalten, starke Abhängigkeit von externen Stimuli wurde demnach auf mangelnde Selbstkontrolle zurückgeführt, als Fehlen oder geringe Ausprägung dieses Charakterzuges.

Willenskraft wird gemäß behavioristischer Tradition nicht als überdauernder Persönlichkeitzug oder als Fähigkeit, über die eine Person verfügt oder nicht, gesehen, sondern als differenziertes Set erlernbarer Verhaltensweisen (vgl. dazu auch *Reinecker* 1978). Die ausschließende Betrachtungsweise von willentlichem *oder* reflexhaftem Verhalten wird spätestens mit *Kimble* u. *Perlmuter* (1970) aufgegeben. Ihre Theo-

rie besagt, daß Vorstellungen der Konsequenzen bevorstehender Handlungen selbstinitiiertes Verhalten (automatisch) auslösen. Die Vorstellungen entstehen aufgrund von Assoziationsprozessen und sind Resultate individueller Lernerfahrungen. Willentliches Verhalten ist gekennzeichnet durch die kognitive Antizipation eines Verhaltens, welche auch in einem ständigen Rückmeldeprozeß als Vergleichsmaßstab dient. Bei fortschreitender Übung willentlicher Kontrolle über (automatisches) Verhalten erübrigen sich zunehmend die dazu notwendigen Reaktionen und letztendlich liegt wieder unwillentliches (d. h. automatisches, ohne direkte motivationale Kontrolle durchgeführtes) Verhalten vor.

In der Konzeption des therapeutischen Veränderungsprozesses finden wir genau diese Entsprechungen: Überlerntes, automatisches, jedoch unerwünschtes Verhalten wird bewußtgemacht, unterbrochen und umgelernt; allmählich erfolgt eine Automatisierung des veränderten erwünschten Verhaltens.

Wird eine bisher „automatisch" ablaufende Reaktionskette (die Ausführung einer Reaktion ist gleichzeitig Auslöser für die nächste Handlung) unterbrochen und abgeändert, spricht man von absichtlichem, willentlichem oder Selbstregulationsverhalten (vgl. Kap. 1).

Nach *Kanfer* (1977) liegt ein Hauptcharakteristikum der behavioristischen Fassung von Selbstregulation im Kontrast zu anderen psychologischen Richtungen in der Annahme, daß (1) Selbstregulationsprozesse genauso wie andere Verhaltensweisen von sozialem Lernen bestimmt sind und (2) ihre Aneignung sich nicht von der Entwicklung anderen Verhaltens unterscheidet, durch welches ein Kind lernt, auf seine Bedürfnisse und die Umgebung zu reagieren. Während dynamische Ansätze psychologische Phänomene, welche auf intrapsychischer Entwicklung (biologisch, genetisch, sozial mitbedingt) beruhen, in den Vordergrund stellen, messen Behavioristen gelernten Verhaltensmustern die größere Bedeutung bei.

4.1.4 Zusammenfassung

1) Die soziale Lerntheorie bildet die Grundlage für das Erklären und Verstehen der Person.
2) Determinanten des Verhaltens sind äußere Einflüsse, selbsterzeugte Stimuli und Reaktionen sowie biologische Gegebenheiten.
3) Das aktive interaktionistische Modell des Menschen besagt, daß dieser verändernd auf seine Umgebung einwirkt und die veränderte Umgebung wieder zu einer Veränderung des eigenen Verhaltens führt.

4.2 *Entwicklungstheorie*

Entwicklungspsychologie ist nicht eingeschränkt auf Entwicklungstheorien des Kindes- und Jugendalters, sie umfaßt ebenso weitere Entwicklungen der Erwachsenen und der alten Menschen. Spricht man jedoch von Entwicklung ohne nähere Spezifizierung, wird damit üblicherweise auf das Kindes- und Jugendalter Bezug genommen (s.u.).

4.2.1 Eine verhaltensanalytische Entwicklungstheorie

Experimentelle Fundierung und Übertragung solcher Erkenntnisse auf kindliches Verhalten unter natürlichen Bedingungen zeichnen eine Verhaltensanalyse kindlicher Entwicklungen aus (*Bijou* u. *Baer* 1978). Gefordert wird eine umfassende Erklärung der Entwicklungen motorischen, sozialen, perzeptuellen, sprachlichen, intellektuellen und motivationalen Verhaltens, wobei die gewählten Dimensionen bis zu einem gewissen Grad willkürlich und künstlich sind. *Bijou* und *Baer* versuchen, eine verhaltenstheoretische Entwicklungstheorie zu konzipieren, welche von der Analyse sehr einfacher zu immer komplexer werdenden darauf aufbauenden Interaktionen fortschreitet. Ihre Theorie basiert im wesentlichen auf folgenden Annahmen:

1. Das Kind stellt (abstrakt formuliert) eine Quelle von Stimuli und Reaktionen (respondent, operant) dar.
2. Ein Verständnis kindlichen Verhaltens und kindlicher Entwicklung erfordert eine genaue funktionale Analyse seiner Interaktionen mit der Umwelt (externe Stimuli).
3. Die Entwicklungsanalyse beschreibt respondente und operante Konditionierung sowie Löschung oder Schwächung von Verhalten in Abhängigkeit von bestimmten Stimuli (verstärkend, diskriminativ etc.).
4. In allen Phasen der Entwicklung treten Stimulusgeneralisierung und -diskrimination sowie Reaktionsdifferenzierung auf. Reaktionsklassen werden mit Klassen von Stimuli korreliert, welche verschieden große Einflußbereiche besitzen.
5. Wichtige diskriminative Stimuli ergeben sich aus dem Verhalten von Umgebungspersonen, was die Ausprägung „sozialer" Verstärkung (Zuwendung, Anerkennung etc.) bedingt. Soziale Verstärker sind wichtige Determinanten der Entwicklung von Sozialverhalten oder auch dessen, was man häufig unter „Persönlichkeit" subsumiert.
6. Stimuli unterschiedlicher Art erlangen ihre Bedeutung durch ihre Beeinflussung von Reaktionen auf gestellte Aufgaben, Leistungsverhalten, Aufrechterhaltung und Dauer gelernter Reaktionsmuster.
7. Die meisten kindlichen Reaktionen bzw. Interaktionen entstehen aufgrund ganz komplexer Beziehungen zwischen verschiedenen Stimuli (diskriminative, auslösende, verstärkende Reize).
8. Konflikt und Entscheidungsfindung — als Beispiel solcher komplexer Interaktionen — entstehen in Situationen, in welchen mehrere Stimuluskonsequenzen unterschiedliche Verstärkerwirksamkeit besitzen.
9. Auch emotionales Verhalten, bei dem durch einen plötzlichen intensiven Stimulus operantes Verhalten in den Hintergrund tritt, bedarf als komplexe Interaktionssituation einer genauen Analyse.

10. Noch eine solche komplexe Interaktion ist zu nennen: „self-management: interactions in which individuals take a hand in arranging parts of their own internal and external environments to influence their subsequent behavior in ways that have been reinforced in the past" (*Bijou* u. *Baer* 1978, S. 128).
11. Selbstregulation betrifft nicht nur die Entwicklung moralischen Verhaltens, sondern auch die Analyse von Problemlösen, Denken und Kreativität. Vergleicht man diese Annahmen mit solchen der Theorie der Selbstregulation / Selbstkontrolle, so kann man etliche Berührungspunkte finden, weshalb auch gerade dieser entwicklungstheoretische Ansatz hier Erwähnung fand.

4.2.2 Selbstregulation und Entwicklungspsychologie

Im Vergleich zur Fülle von Arbeiten zur Selbstregulation bei Erwachsenen gibt es noch wenig empirisch fundierte Daten zur Entwicklung der Fähigkeit zur Selbstbeobachtung, Selbstbewertung und Selbstverstärkung; dies sind grundlegende Fähigkeiten, welche ihrerseits voraussetzen, daß sich die Person ihres Handelns bewußt ist.

Eine andere Schwierigkeit bei der Konzeption einer Entwicklungstheorie des Selbstmanagement-Ansatzes ergibt sich aufgrund der Multidimensionalität des Selbstregulationsprozesses: Situationale, wahrnehmungs- und einstellungsspezifische, kognitive, emotionale, biologische und verhaltensmäßige Komponenten spielen darin eine Rolle und müssen Beachtung finden, wenn man eine Entwicklungstheorie der Persönlichkeit im Hinblick auf Selbstregulation formulieren will.

„Klassische" Selbstkontrollsituationen bei Kindern sind nach *Harter* (1982) charakterisiert durch einen (zeitlichen) Konflikt eines sozial unerwünschten, verbotenen Verhaltens und der Neigung des Kindes, gerade dieses zu zeigen (Aggression etc.), oder eines sozial erwünschten Verhaltens und der Tendenz des Kindes, sich anders zu verhalten (Teilen etc.). Parallel zu der typischen Konfliktsituation bei Erwachsenen impliziert die erste Konstellation kurzfristigen Gewinn (Vorteil) bei langfristigem Verlust (Nachteil) die zweite kurzfristigen Verlust (Nachteil) bei langfristigem Gewinn (Vorteil).

Problematisch wird eine Übertragung des Selbstregulationsmodells mit den Stufen der Selbstbeobachtung, Selbstbewertung und Selbstverstärkung von Erwachsenen auf Kinder: Kinder können zwar sehr früh die Konsequenzen ihres Verhaltens begreifen, sie können hingegen sich *selbst* noch nicht als handelnde Person beobachten, bewerten und verstärken.

Die Aneignung der Komponenten von Selbstregulationsverhalten im Laufe der persönlichen Entwicklung verläuft nach *Harter* in umgekehrter Folge vom Ablaufmodell der Selbstregulation. Das Kind beginnt mit der Selbstverstärkung; die Entscheidung, wann Selbstbeobachtung

angebracht ist und die tatsächliche Beobachtung eigenen Verhaltens sind die letzten Schritte in diesem Entwicklungsprozeß.

4.2.3 Entwicklung der Selbstverstärkung

Schon der Säugling macht die Erfahrung positiver materieller Verstärker (Nahrung), meist verbunden mit verbaler Verstärkung und positiver Zuwendung. Durch eine solche Koppelung erlangt verbale Anerkennung sekundäre Verstärkerwirkung und kann künftig Verhalten auch in Abwesenheit primärer Verstärker aufrechterhalten.

Harter spricht von Steuerung des Verhaltens durch tertiäre Verstärkung etwa dann, wenn das Kind die anerkennenden Äußerungen der Eltern etc. übernimmt (dies entspricht in *Kanfers* Modell der Selbstverstärkung).

Beispiel: Ein kleines Mädchen räumt Spielzeug auf und plappert: „Du bist ein braves Mädchen".

Diese Überlegungen gehen davon aus, daß die Eltern tatsächlich ein Verstärkerpotential für das Kind darstellen, daß das Kind den Eltern entsprechen möchte und daß die Zusammenhänge zwischen dem kindlichen Verhalten und der ursprünglichen externen Verstärkung klar sind. Gerade beim jüngeren Kind, für das nicht so sehr das Produkt einer Handlung als das Versuchen und Demonstrieren der Handlung von Bedeutung sind, sollte dieser Prozeß des Meisterns besondere Verstärkung erfahren.

Erst im Laufe der Zeit wird das Kind (wieder am Modell der Mutter) lernen, zwischen „guten" und „schlechten" Reaktionen zu diskriminieren und sein Verhalten diesbezüglich zu bewerten. Durch Belohnung erfährt das Kind einerseits, welche Ziele es zu erreichen gibt und welche Verhaltensweisen dafür wichtig sind, andererseits, welches die Kriterien zur Bewertung des Verhaltens sind. Neben dieser informativen Funktion dient Verstärkung natürlich als Anregung für bestimmte Verhaltensweisen, indem zukünftige positive Konsequenzen antizipiert und angenehme Gefühle erlebt werden.

Die Annahme, daß externe Verstärkung als Motivationsquelle mit fortschreitender Entwicklung zunehmend durch internalisierte Ziele abgelöst wird (*Chandler* 1981) spricht gegen eine zu frühe Akzentuierung intrinsischer Motivation (zu einem Zeitpunkt, zu dem externe Verstärkung entwicklungsbedingt adäquater ist).

Entsprechend dem Konzept des Locus-of-control (*Rotter* 1966) stellt auch bei Kindern die „perceived control" eine ganz wichtige kognitive Variable zur Steuerung und Vorhersage von Verhalten dar. Die Kenntnis der Bedingungen von Erfolg und Mißerfolg gepaart mit interner

Attribuierung (internal locus of control) und persönlicher Verantwortung ist von entscheidender Bedeutung für „perceived control". In der Folge wird durch tatsächliche Leistung, Einschätzung und positive Bewertung der eigenen Kompetenz die Leistungsbereitschaft und Motivation für entsprechendes Verhalten gefördert.

4.2.4 Zusammenfassung

1) Positive Gefühle, die verbunden sind mit ursprünglichen primären Verstärkern, gelangen in Verbindung mit sekundärer Verstärkung (elterliche Anerkennung) und schließlich mit der möglichen Imitation solchen Lobs durch das Kind selbst.
2) Die Entwicklungssequenz von Selbstregulationsverhalten ist Selbstbelohnung, Selbstbewertung und Selbstbeobachtung und verläuft genau umgekehrt wie der postulierte Ablauf von Selbstregulation / Selbstkontrolle beim Erwachsenen.
3) Durch Lob erhält ein Kind Informationen darüber, was es tun sollte und ob es das Richtige tut. Außerdem wird es durch das Erleben der positiven Konsequenzen und die Antizipation solcher motiviert, bestimmte Reaktionen zu zeigen.

4.3 Konzepte zur Lebensspanne

Die Verhaltenstherapie und der Ansatz des Selbstmanagement im besonderen basieren auf der Annahme, daß der Mensch sich zeitlebens weiterentwickelt und fähig ist, sich neue Denkmuster und / oder Verhaltensweisen anzueigenen. Biologische Gegebenheiten mögen zwar einen Rahmen für Entwicklungen abgeben, können aber genausowenig wie Einzelereignisse aus der Kindheit als alleinige Erklärung einer erwachsenen, dynamischen Persönlichkeit gelten. Die Interaktion der individuellen Lerngeschichte, biologischer Bedingungen des eigenen Verhaltens und sozialer, kultureller Einflüsse führt zur permanenten Entwicklung (*Datan* u. *Ginsberg* 1975). Therapeutische Behandlung eines Menschen kann demzufolge nicht isoliert von anderen Einflüssen gesehen werden, sie ist für einen bestimmten Zeitraum ein Teil des interaktionellen Bedingungsgefüges, in dem sich der Patient befindet. Die Tatsache, daß sich der Patient auch nach dem offiziellen Ende der Behandlung weiterentwickelt, ist zwar trivial, wird aber im therapeutischen Kontext meist zu wenig beachtet.

Die Therapiephase sollte eine möglichst kurze Unterstützung zur besseren Entfaltung von Selbsthilfetendenzen und Selbstbestimmung des Einzelnen sein. Dabei ist darauf zu achten, daß das therapeutische

Vorgehen tatsächlich genau auf den Patienten abgestimmt ist, daß man ihn dort antrifft, wo er sich gerade befindet und ihn von da aus ein Stück begleitet (*„Join the patient where he is"*).

4.4 Individuum und Gesellschaft

Die Entwicklung prosozialen Verhaltens und die Dichotomie persönlicher (Selbst-)Kontrolle und sozialer Kontrolle ist vor allem ein philosophisch-theologisches und ein gesellschaftspolitisches Problem.

Die Psychologie kann versuchen, Determinanten und Inhalte dieses Prozesses zu analysieren. So wird z.B. die Notwendigkeit von Selbstkontrolle oder Altruismusverhalten durch die Tatsache bestimmt, daß der Mensch nicht isoliert und im Rahmen ganz bestimmter Bedingungen lebt.

Altruistisches Verhalten unterliegt nach *Kanfer* den gleichen Regulationsmechanismen wie Selbstkontrollverhalten; beide Verhaltensmuster erfordern, daß momentane Bedürfnisse zugunsten eines längerfristigen Ziels modifiziert oder zurückgestellt werden. Der Unterschied liegt nicht im Prozeß, sondern darin, wem das Ergebnis zugute kommt. Im Falle altruistischen Verhaltens kommt die positive Folge von Belohnungsaufschub oder Ertragen einer aversiven Situation einer anderen Person (als der, die das Verhalten zeigt) oder der Gesellschaft zugute.

Es zeigte sich, daß in Situationen mit Belohnungsaufschub Selbstkontrollverhalten eine Voraussetzung für Altruismusverhalten darstellt (*Kanfer, Stifter* und *Morris* 1981).

Die Reichweite solchen selbstbestimmten Verhaltens und extern (sozial) kontrollierten Verhaltens unterliegt einer großen Variationsbreite. Problematisch wird eine Konstellation dann, wenn die Auswirkungen einer individuellen Entscheidung für das soziale System negativ sind und umgekehrt (Diebstahl, Betrug möge als Beispiel dienen). Das Ausmaß von persönlicher Kontrolle (Freiheit der Entscheidung für zur Wahl stehendes Verhalten) und sozialer Kontrolle (Reduktion bis Elimination der Entscheidungsfreiheit) ist eine interaktionell beeinflußte, nicht statische Größe, für welche — zumindest von der Psychologie — keine situationsunabhängigen idealen Werte anzugeben sind.

4.5 Zusammenfassung

1) Fremdkontrolle und Selbstkontrolle können als Pole eines Kontinuums aufgefaßt werden, zwischen denen ein fließender Übergang besteht.

2) Altruistisches Verhalten folgt den gleichen Prinzipien wie Selbstkontrollverhalten.

Literatur zu Kapitel 4.1

Bandura, A., The Self System in Reciprocal Determinism, *American Psychologist* (1978) S. 344-358.

Kanfer, F. H., Karoly, P., Self-regulation and its clinical application: Some additional conzeptualizations, in: *Johnson, R. C., Dolecki, P. R., Mowrer, O. H.* (Hrsg.), Conscience, Contract and Social Reality: Theory and Research in Behavioral Science, Holt, Rinehart & Winston, New York, 1972, S. 428-437.

Kimble, G., Perlmuter, L., The problem of volition, *Psychological Review*, 77, (1970), S. 361-384.

Mischel, W., Introduction to personality, Holt, New York 1971.

Skinner, B. F., Wissenschaft und menschliches Verhalten, Kindler, München 1973.

Literatur zu Kapitel 4.2

Bijou, S. W., Baer, D. M., Behavior Analysis of Child Behavior, Prentice Hall, Englewood Cliffs, N. J. 1978.

Chandler, C., The effects of parenting techniques and attitudes on developmental changes in children's motivational orientations, unpublished doctoral disseration, Univ. of Denver 1981.

Harter, S., Developmental Perspective on Some Parameters of Self-Regulation in Children, in: *Karoly, P., Kanfer, F. H.* (Hrsg.), Self-Management and Behavior Change. Pergamon, New York 1982.

Karoly, P., Behavioral self-management in children: concepts, methods, issues, directions, in: *Hersen, M., Eisler, R., Miller, P.* (Hrsg.), Progress in Behavior Modification, Vol. 5, Academic, New York 1977.

Rotter, J. B., Generalized expectancies for internal versus external control of reinforement, *Psychological Monographs:* General and Applied, 80 (1966) S. 1-28.

Literatur zu Kapitel 4.3

Datan, N., Ginsberg, L. H. (Hrsg.), Life-span developmental psychology: Normative life-crises, New York 1975.

Filipp, S. H. (Hrsg.), Kritische Lebensereignisse, Urban & Schwarzenberg, München 1981.

Literatur zu Kapitel 4.4

Kanfer, F. H., Personal Control, Social Control and Altruism or Can Society Survive the Age of Individualism? *American Psychologist*, 34 (1979) S. 231-239.

Kanfer, F. H., Stifter, E., Morris, St. J., Self-Control and Altruism: Delay of Gratification for Another, *Child Development*, 52 (1981) S. 674-682.

5. Theorie der Psychotherapie

5.1 Erkenntnis- und wissenschaftstheoretische Grundlagen

5.1.1 Methodologischer Behaviorismus und Dialektik als grundlegende Denkmodelle

Kanfer vertritt die Ansicht, daß der höchst komplexe Bereich des Studiums von Selbstkontroll-Verhalten eine umfassende und genaue Beschreibung der Vorgänge notwendig macht, über die wir sprechen.

Es reicht nicht aus, sich auf deren Vorhandensein aufgrund von Postulaten und Alltagserfahrungen zu berufen. Die empirische Bestätigung ist *die* Stütze eines behavioralen Ansatzes, um die kein Weg herumführt. Ohne das Wissen — zumindest das Bemühen — um Charakteristika von Verhaltensabläufen und deren Einflußfaktoren können wir keine Aussagen über Denkprozesse, Attribuierungen, Selbstkontrollverhalten etc. machen.

Das „Handwerkszeug" bei der Suche nach neuen Erkenntnissen, der Bestätigung von Wissen und der Analyse und Erforschung von Verhalten ist für *Kanfer* ein Methodologischer Behaviorismus.

Exkurs: Methodologischer Behaviorismus

Nach *Mahoney* (1974) kann Methodologischer Behaviorismus, welcher weniger den Gegenstand psychologischer Forschung als das Vorgehen und die Methodik charakterisiert, durch folgende Merkmale gekennzeichnet werden:

1. Annahme eines makroskopischen Determinismus (systematische Beziehungen charakterisieren bestimmte Klassen von Ereignissen);
2. Betonung der Beobachtung (zumindest die Anfangs- und Endglieder eines Ereignisses müssen beobachtbar sein);
3. pragmatische Übernahme des Operationalismus, wonach unabhängige und abhängige Variablen gemäß ihren Meßverfahren spezifiziert werden müssen;
4. Betonung der Falsifizierbarkeit (zumindest prinzipielle Überprüfbarkeit allgemeiner Sätze) als wichtiges Merkmal wissenschaftlicher Hypothesen und legitimer empirischer Forschung;
5. Betonung kontrollierter Experimente zur Bestätigung und Verfeinerung neuer Erkennntnisse über Verhalten;
6. positive Bewertung unabhängiger Replikation und Generalisierbarkeit von nachgewiesenen Zusammenhängen. (cf. *Mahoney* 1974, 16f).

Für *Kanfer*, der selbst die existentialistische Philosophie als Hintergrund seines Denkens sieht, ist ein aristotelisches „Entweder-Oder" des Problemlösens in der Psychologie nicht angemessen. Immer wieder zeigt sich ja die Relativität von Theorien in Abhängigkeit von der Zeit, dem Kontext und sozialen Determinanten des Wissenschaftlers, d. h. auch, daß eine Psychologie menschlichen Verhaltens sowohl das Verhalten des Subjektes (Patient, Klient) als auch des Experimentators

(Therapeut, Kliniker) erklären muß. Eine dialektische Herangehensweise ermöglicht am ehesten das Verstehen und Erklären von Verhaltensmustern über die Zeit hinweg.

Beispiel: Betrachtet man etwa innere Vorgänge und externe Stimuli als zwei gegensätzliche Pole, so können nach dem dialektischen Prinzip gegenseitige Abhängigkeiten dieser Pole und die „Transformation" in der Person als Ergebnis der Spannung zwischen den Gegensätzen angesehen werden (cf. *Kanfer* u. *Karoly* 1982, S. 574).

Wenn man berücksichtigt, daß psychologische Analysen individueller menschlicher Selbstbestimmung nicht loslösbar vom übergeordneten sozialen und kulturellen System sind und Selbstregulationsverhalten höchst kompliziert ist, ergibt sich, daß wir zur Unterstützung und Rechtfertigung klinisch-praktischer Tätigkeit bestenfalls einen Komplex von Arbeitshypothesen aufstellen können.

Veränderung des Klienten mit seiner Problematik, des gesamten Kontextes und neue Erkenntnisse erfordern eine immer wieder neue Bestätigung und evtl. Veränderung der gemachten Annahmen.

5.1.2 Theoretischer Rahmen des Selbstmanagement

Eine Beeinflussung des Selbstmanagement-Ansatzes durch grundlegende Theorien des menschlichen Organismus erfolgt vor allem durch drei Richtungen: *biologische, kognitive* und *behavioristische* Theorien. Der biologische Ansatz bedeutet keine reduktionistische Betrachtung menschlichen Verhaltens, vielmehr können grundlegende Erklärungsprinzipien (Homöostase) zum Verständnis unterschiedlichster Zusammenhänge beitragen. Kognitive Ansätze beanspruchen für sich eine große Reichweite ihrer Theorien; sämtliche (unterschiedliche) theoretische Ausarbeitungen befassen sich mit nicht direkt beobachtbaren, zwischen Input und Output vermittelnden Vorgängen.

Von besonderer Bedeutung für die Psychologie des Selbstmanagement sind *Informationsverarbeitungstheorien* (genaue experimentelle Analyse von Wahrnehmung, Erinnerung, Gedanken), der *Konstruktivismus* (Erklärung des individuellen Strukturmodells über äußere Ereignisse und dessen verhaltenssteuernder Wirkung) und der ökologische Ansatz des *„perceptual realism"* (Reaktionen erfolgen auf die objektiv verfügbaren Informationen der externen Welt).

Das behavioristische Modell betont die Beeinflussung menschlichen Erlebens und Verhaltens durch die Umgebung sowie das Lernen als zentralen Veränderungsmechanismus. Methodologischer Behaviorismus ermöglicht einen weiten Blickwinkel und den Einbezug unterschiedlicher Erkenntnisse; umso schwieriger wird es allerdings für den

klinischen Psychologen, Verhalten, Gedanken und Erleben in konsistenter Weise zu erforschen und zu erklären und so den behavioristischen Weg aus der Höhle des Löwen (*Kanfer* u. *Karoly* 1972) zu finden.

5.1.3 Zusammenfassung

1) Als wissenschaftliche Orientierung des Selbst-Management-Ansatzes dient ein Methodologischer Behaviorismus.
2) Neben behavioristischen Theorien finden vor allem kognitive und biologische Theorien Berücksichtigung im theoretischen Konzept des Selbstmanagement, soweit diese einen ausreichenden Grad wissenschaftlicher Bewährung (zumindest Prüfbarkeit) aufweisen können.

5.2 Psychopathologie

5.2.1 Unterschiedliche Betrachtungsweisen psychischer Erkrankungen

Verhaltenstheoretische Ansätze lehnen traditionelle diagnostische Schemata für die Psychopathologie u. a. aus folgenden Gründen ab:

1. Psychopathologische Kategorien legen die Auffassung nahe, daß ähnliche Syndrome das Ergebnis ähnlicher pathogenetischer Verläufe aller Mitglieder dieser Klasse darstellen;
2. das zugrundeliegende medizinische Modell impliziert, daß in der Diagnostik charakteristische Manifestationen eines fortschreitenden Krankheitsprozesses eruiert werden und die therapeutische Intervention auf die Veränderung der pathogenetischen Faktoren abzielt, welche aus dem vorliegenden Syndrom erschlossen werden;
3. eine implizite Annahme ist, daß viele pathologische Verhaltensweisen geistige Repräsentationen organischer Prozesse darstellen;
4. eine weitere Implikation des klassischen Ansatzes ist eine Diskontinuität zwischen normalen (an sozialen Standards beurteilten) Verhaltensweisen und pathologischem Verhalten (cf. *Kanfer* u. *Hagerman* 1981).

Die Charakterisierung eines Verhaltens als Symptom neurotischer oder psychotischer Art ist in den meisten Fällen eine soziologische Frage, d. h. wieviel an kulturspezifischer oder situationsspezifischer Abweichung vom Normverhalten toleriert und ab wann eine Person als Neurotiker oder Psychotiker bezeichnet wird. Gemäß einem sozialpsychologischem Krankheitsmodell verlagert sich das Schwergewicht von der Person (welche nach einem bestimmten Krankheitstypus charakterisiert wird) auf das Problem (Verhaltensexzeß, -defizit, unangebrachtes Verhalten etc.; s. a. Kapitel 5.3!).

Ullmann und *Krasner* (1975) entwarfen ein solches sozialpsychologisches Krankheitsmodell, dem *Kanfer* sich in etwa anschließen würde;

für die Kennzeichnung eines abweichenden Verhaltens sind für sie drei Faktoren von Bedeutung: das Verhalten selbst, die zugrundegelegte Norm und der Beurteiler.

Bei einer interkulturellen Analyse von pathologischem Verhalten und seinem Kontext wird man finden, daß nur ein geringer Teil als kultur- und situationsunabhängige Abweichung von einer universellen menschlichen Norm definiert werden kann.

Wie oben angeführt (vgl. Kap. 4.1.2) wird Verhalten von verschiedenen Determinanten bestimmt. Das Fehlverhalten selbst muß jedoch nicht anzeigen, welche Variable im speziellen Fall dominiert oder ob etwa alle drei Variablen zu ähnlichem Anteil an dem Störungsmuster beteiligt sind. Ähnliche problematische Verhaltensmuster können in einem Fall hauptsächlich durch soziale Faktoren (z.B. strenge Normen), im anderen Fall durch selbsterzeugte Stimuli (z. B. unzutreffende Attribuierung) und in einem weiteren Fall durch körperliche, genetische Faktoren bedingt sein.

Zur Verdeutlichung der unterschiedlichen Betrachtungsweise psychopathologischen Verhaltens seien einige Merkmale traditioneller taxonomischer Diagnostik und der behavioralen Problemlöse-Analyse nach *Kanfer* im Überblick dargestellt:

taxonomische Diagnose	*Problemlöse-Analyse*
1. Zuteilung des Patienten zu einer Kategorie	1. Feststellung des gegenwärtigen Zustandes (A) in Relation zum Zielzustand (B)
2. Diagnose bleibt über die Zeit meist konstant-statisch	2. Problemdefinition verändert sich mit der Zeit — dynamisch
3. Diagnose unabhängig von Setting und Zielen des Klinikers	3. Analyse im Kontext des gegenwärtigen Settings und der Ziele
4. Syndrom impliziert Ätiologie und Prognose — generell (allgemeine Ursachen)	4. Syndrom im Kontext individueller Lebenserfahrungen und subkultureller Normen — idiosynkratisch (individuelle Ursachen)
5. Intervention konzentriert sich auf den Patienten	5. Intervention kann sich auf jede Komponente des Systems konzentrieren (sozial, behavioral, biologisch)
6. Therapie zielt auf eine Beseitigung der Ursachen des Syndroms — stärkend, heilend	6. Therapie zielt auf eine Besserung der Gesundheit und Effizienz des Patienten — proaktiv, zukunftsorientiert
7. Ergebnis als Resultat der Diagnose plus Behandlung — universelle Kriterien	7. Erfolgskriterien variieren für jeden Patienten — ihre Auswahl beeinflußt Therapieziele und -methoden

5.2.2 Ziele und Grenzen einer Psychopathologie, dargestellt am Beispiel der Depression

Für die Analyse des depressiven Verhaltens, welches nach *Kanfer, Hagerman* u. *Smith* 1983) mit Störungen im Selbstregulationsprozeß verbunden ist, betont *Kanfer* folgende Überlegungen:

1. Auch ein umfassendes Modell depressiven Verhaltens kann bestenfalls einen Rahmen der psychologischen Prozesse und Ereignisse abgeben, welche bei Patienten, die als depressiv gekennzeichnet werden, auftreten können, aber nicht müssen.
2. Es ist unerläßlich, das Verhalten im Kontext biologischer und soziologischer Zusammenhänge zu analysieren (auch wenn der Psychologe sich nur auf eine Ebene weiter spezialisieren kann).
3. Die therapeutische Effizienz wird gehoben durch verbesserte Analyse der beteiligten historischen, biologischen, kognitiven und behavioralen Prozesse in Zusammenhang mit der individuellen sozialen und physischen Umgebung.

Eine solche Sichtweise sollte dem Therapeuten ermöglichen, individuelle Therapiekonzepte zu erstellen mit dem Ziel, die schwächsten Teile der Matrix zu verändern und dadurch akutes ineffizientes Verhalten abzubauen, sowie zukünftigen depressiven Episoden vorzubeugen.

Der Unterschied dieses Ansatzes zu einem kognitiven oder einem operanten (Verstärkungs-) Modell liegt in der Betonung des Zusammenspiels kognitiver, interpersoneller und biologischer Ereignisse in bezug auf das depressive Verhalten.

5.2.3 Zusammenfassung

Eine Psychopathologie im Rahmen des Selbstmanagement-Ansatzes weicht von einem traditionellen medizinischen Krankheitsmodell in grundlegenden Annahmen ab. Eine psychopathologische Analyse erfolgt immer unter Berücksichtigung des Kontextes, in dem Problemverhalten auftritt. Daraus ergeben sich wichtige Konsequenzen sowohl für die Zielsetzung einer Intervention als auch für das therapeutische Vorgehen.

5.3 Diagnostische Konzepte

5.3.1 Klassische vs. verhaltenstheoretisch orientierte (verhaltensanalytische) Diagnostik

Ein gemeinsames Ziel unterschiedlicher diagnostischer Ansätze ist die Beschreibung, Erklärung und Vorhersage menschlichen Verhaltens

aufgrund diverser (diagnostischer) Informationen. Obwohl es nicht *die* Verhaltenstheorie und *die* nichtbehavioristische Theorie gibt, finden sich sehr wohl Charakteristika, welche für den einen oder den anderen Ansatz schwerpunktmäßig spezifisch sind (vgl. *Pawlik* 1976; *Schulte* 1974; *Kanfer* u. *Saslow* 1965):

	Traditionelle Diagnostik	*Verhaltensdiagnostik*
Aufgaben-schwerpunkte	Vorhersage von Verhalten aufgrund Einordnung in diagnostische Kategorie	Beschreibung bzw. Erklärung von Verhalten in Abhängigkeit von kontrollierenden Variablen (z.B. Situationsbedingungen)
	Verstehen individueller zugrundeliegender Persönlichkeitscharakteristika	Direkte Messung individueller Reaktionen auf verschiedene Lebenssituationen
	Erfassung der Persönlichkeitsmerkmale mittels projektiver und objektiver Persönlichkeitstests	Bereitstellen von Grundlagen für eine Intervention
Persönlichkeits-konzept	Annahme des psychischen Determinismus, konsistente Eigenschaften bestimmen unabhängig von situationalen Variablen das Verhalten	Persönlichkeit als intervenierende Variable wird definiert durch die Wahrscheinlichkeit, mit der bestimmte Verhaltensweisen in bestimmten Situationen geäußert werden, VH ist situationsabhängig.
Veränderung im Laufe der Therapie	Veränderung der Dynamik führt zur Persönlichkeitsveränderung	Infolge veränderten Verhaltens wird die Persönlichkeit neu konzeptualisiert
Erklärung von Verhalten	durch zugrundliegende Persönlichkeitsmerkmale bzw. zugrundliegende Dynamik	abhängig von der persönlichen Lerngeschichte (response capability), Umgebungsstimuli und / oder Konsequenzen des eigenen Verhaltens
Kriterium zur Vorhersage von Verhalten	Persönlichkeitsmerkmale	Verhaltensstichproben (Abhängigkeit des Verhaltens von bestimmten Stimuli und Konsequenzen)
diagnostische Methoden	Persönlichkeitstests	Verhaltenstests, Verhaltensbeobachtung, Rollenspiel, Fragebögen

Testkonstruktion	besondere Beachtung der Itemselektion	verhaltensanalytische Methode der Kriteriumsanalyse (Situationsanalyse, Reaktionsaufzählung, Reaktionsberechnung)
	Schluß auf theoretische Konstrukte	
Interpretation von Testergebnissen	Testantworten gelten als „Zeichen" zugrundeliegender Persönlichkeitseigenschaften	Testverhalten gilt als Stichprobe des Kriteriumverhaltens
Probleme	Empirische Überprüfung theoretischer Schlüsse oft mangelhaft	Validierung verhaltensanalytischer Schemata weitgehend ausständig
	Itempols willkürlich erstellt	
	wenig Richtlinien für therapeutische Intervention	

5.3.2 Das funktionale Modell — die Verhaltensformel

Verhalten (R) wird ausgehend von lerntheoretischen Annahmen in Abhängigkeit von Umweltfaktoren gesehen. Die traditionelle S-R-Analyse wurde von *Lindsley* (1964) um die Bestandteile K (Kontingenz) und C (Konsequenz) erweitert; *Kanfer* u. Ma. fügten die sog. O-Variable (für biologische Bedingungen des Organismus) hinzu. In ein Bedingungsmodell, das hypothetisch für die Erklärung eines Verhaltens herangezogen wird, geht das Verhalten als abhängige Variable ein, welche topographisch und quantitativ zu bestimmen ist und sowohl operanten wie auch respondenten Charakter haben kann. Die unabhängigen Variablen (S, O, C, KV) gelten als Determinanten des problematischen Verhaltens zum Zeitpunkt des Auftretens dieser Reaktion.

Die Verhaltensformel soll mit ihren fünf Parametern S-O-R-K-C eine Analyse der funktionalen und zeitlichen Beziehungen der Bestimmung der Bestimmungsstücke ermöglichen, wobei S, R und C nicht nur externe, sondern ebensogut auch interne Ereignisse darstellen können (z. B. Antizipation einer Situation). Wahrnehmungs- und Informationsverarbeitungsprozessen kommt dabei eine entscheidende Bedeutung zu.

S Stimulus O Organismusvariable	vorausgehend
R Reaktions(potential)	
K Kontingenzverhältnis C Konsequenz	nachfolgend

5.3.3 Die funktionale Analyse

Eine funktionale Analyse dient der Klärung von Bedingungsfragen („wann kommt es zu Reaktion R?"). Warum-Fragen und Letzterklärungen, wie Verhalten „wirklich" abläuft bzw. welches die „wahren" Ursachen von Verhalten sind, sind teilweise unbeantwortbar und weniger relevant für effektive Hilfestellung.

Im verhaltensdiagnostischen Modell von *Kanfer* u. *Saslow* (1965, 1969) sind es vor allem drei Fragenkomplexe, die es im Zuge der Diagnostik zu beantworten gilt:

1) Welche besonderen Verhaltensmuster verlangen eine Veränderung hinsichtlich ihrer Auftretenshäufigkeit, ihrer Intensität oder der Bedingungen, unter denen sie auftreten?
2) Welches sind die Bedingungen, unter denen dieses Verhalten erworben wurde, und welche Faktoren halten es momentan aufrecht?
3) Welches sind die praktikabelsten Mittel, um die erwünschten Veränderungen bei diesem Individuum zu erzielen (Veränderung der Umgebung, des Verhaltens oder der Selbsteinschätzung des Patienten)?

Durch eine genaue Analyse relevanter Bereiche soll die Wahl des Ansatzpunktes für eine Veränderung, die Zielbestimmung (inklusive Kriterium der Zielerreichung) sowie die Bestimmung der Vorgehensweise (Behandlungsmethode) begründet werden (unter Berücksichtigung des therapeutischen Hintergrundwissens):

1) Anfängliche Analyse der Problematik —
   Versuch einer Charakterisierung des Verhaltens als
   1. Verhaltensexzeß
   2. Verhaltensdefizit
   3. unproblematisches Verhalten
2) Abklärung der problematischen Situation —
   Hierbei geht es vor allem um die sozialen Bedingungen, in denen der Patient mit seinem Problem lebt. Seine Veränderungen stehen in enger Beziehung zur Umwelt und eine genaue Kenntnis der aufrechterhaltenden Bedingungen durch die Umgebung bzw. unveränderbarer Umgebungsbedingungen ist Voraussetzung für eine optimale Zielsetzung und Therapieplanung.
3) Motivationale Analyse —
   Das Verstärkerpotential, die Hierarchie verschiedener Verstärkerereignisse und deren Einfluß auf das Verhalten des Patienten stehen im Vordergrund dieser Analyse.

4) Entwicklungsanalyse —
Biologische, soziologische und Veränderungen im Verhalten sollen in ihrer Entwicklung und gegenseitigen Einflußnahme erfaßt werden.
5) Analyse der Selbstkontrolle —
Welcher Art sind Selbstkontrollstrategien des Patienten, wann setzt er diese ein und mit welchem Erfolg?
6) Analyse der sozialen Bedingungen —
Die Überprüfung der zwischenmenschlichen Beziehungen, die den Patienten und sein Verhalten beeinflußen bzw. die Beeinflussung dieser Beziehungen durch ihn selbst sind von Bedeutung für das Verständnis des Beziehungsgefüges, in dem der Patient steht, und den möglichen Einbezug von Bezugspersonen.
7) Analyse der sozialen, kulturellen und physikalischen Umwelt —
Die Ausweitung der Betrachtung auf Normen der natürlichen Umwelt, Übereinstimmung und Diskrepanzen mit Wertvorstellungen des Patienten erlaubt eine adäquatere Formulierung der Behandlungsziele.

Diese 7 Schritte der Analyse sollen ermöglichen, abzuschätzen, ob eine Behandlung sinnvoll ist und wenn ja, mit welchen Zielen und mit welchen Behandlungsschritten. Die Punkte dienen auch zu einer ersten Strukturierung der ursprünglichen Informationen (vgl. *Kanfer* u. *Phillips*, 1970, S. 565). *Schulte* (1974) hat in seinem „Schema für Diagnose und Therapieplanung in der Verhaltenstherapie" weitgehend diese Schritte für den diagnostischen Einsatz adaptiert und weiter präzisiert.

5.3.4 Diagnostik zur Hypothesengenerierung und Hypothesentestung — dynamische Diagnostik

Schwergewicht der Verhaltensdiagnostik liegt auf einem formellen, der Therapie vorgelagerten Prozeß, welcher zum Erstellen eines hypothetischen Bedingungsmodells (Erklärung des Verhaltens) und weiter zur Zielbestimmung und Therapieplanung führt (*Schulte*, 1974; *Goldfried* 1976). Bei *Kanfer* steht dieser *kontinuierliche Prozeß* — von der ersten Stunde bis zur Beendigung der Therapie — im Vordergrund (s.a. Stufenmodell des therapeutischen Prozesses, Kap. 6.1), wobei die *Zeitstruktur* als Einflußgröße besondere Beachtung erfährt. Das Durchlaufen dieses diagnostisch-therapeutischen Prozesses kann durch beliebig viele Feedbackschleifen gekennzeichnet sein (bei Bedarf — Rückkehr auf frühere Stufe); die Verhaltensanalyse im engeren Sinn hat ihren ganz bestimmten Platz in diesem Modell. Die ständige

Hypothesenbildung und *Hypothesentestung* verleiht dem Therapieprozeß entscheidungstheoretische Charakteristik. Von sehr globalen Hypothesen und Fragestellungen (z. B. soll ein Patient x mit einem Problem y durch den Therapeuten z behandelt werden?) gelangt man zu immer differenzierteren Entscheidungen (z. B. um mit dem Patienten gemeinsam das Therapieziel zu bestimmen, ist eine ausführliche Ziel- und Werterklärung mit Hilfe von Zeitprojektionen vorzunehmen). Für diese Prozesse der Hypothesenbildung und Hypothesentestung ist es notwendig, die Eigenheiten klinischer Urteilsbildung zu kennen, und zum anderen, valide Daten zur Gewinnung von Beleg- und Widerlegungsinstanzen zu erheben (*Wiggins* 1973).

Die Informationserhebung im Laufe der Arbeit mit einem Patienten ist immer zweckgebunden: Fragen, Verhaltenstests etc. dienen der Überprüfung von Vermutungen und Hypothesen und der Planung von Strategien. Dabei ist darauf zu achten, daß zur Erlangung valider Daten neben subjektiven Angaben Situationstests und Verhaltensbeobachtungen heranzuziehen sind, um Verzerrungen möglichst gering zu halten. Der Einbezug von Erkenntnissen bezüglich der Informationsverarbeitung im Interview z. B. ist Gegenstand neuerer Forschung.

Der Begriff der dynamischen Diagnostik bei *Kanfer* bezieht sich jedoch nicht nur auf eine flexible, offene Art des ständigen therapiebegleitenden Diagnostizierens, sondern kann auch in Zusammenhang mit einem „dynamischen Verhaltensmodell" gesehen werden (im Gegensatz zu statischer Beschreibung von Verhalten), in dem die drei bereits genannten Variablengruppen (Alpha-, Beta-, Gamma-Variablen) einander in ständig wechselndem Maße beeinflussen und ebenso ihre Bedeutung für das Verhalten immer wieder ändern.

5.3.5 Zusammenfassung

1) Die Annahme der Verhaltenstheorie, wonach *Verhalten* im wesentlichen durch *situationsspezifische Stimuli* und *Konsequenzen* bestimmt ist (und nicht durch situationsvariante Persönlichkeitseigenschaften) impliziert eine *Vorhersage* von Verhalten aufgrund möglichst *repräsentativer Verhaltensstichproben.*
2) Die Verhaltensformel (S-O-R-K-C) dient der Abbildung von Verhalten und dessen funktionalen Zusammenhängen.
3) Die Fragen bestimmen nach *Kanfer* u. *Saslow (1969) die Diagnostik: Die Verhaltensweisen*, die einer Änderung bedürfen (Zielanalyse); die *Bedingungen des Erwerbs bzw. der Aufrechterhaltung* des Problemverhaltens (Verhaltensanalyse); die *Wege*, um erwünschte *Verhaltensänderungen* zu erzielen (Therapieplanung).

4) Die funktionale Verhaltensanalyse besteht aus mehreren Teilanalysen: (1) initiale Analyse der Problematik, (2) Abklärung von Problemsituationen, (3) motivationale Analyse, (4) Entwicklungsanalyse, (5) Selbstkontrollanalyse, (6) Analyse der sozialen Beziehungen, (7) Analyse des sozialen, kulturellen und physikalischen Umfeldes.
5) Verhalten wird reguliert durch die Kombination von Alpha-, Beta- und Gammavariablen, weshalb alle drei Variablengruppen und deren Zusammenhänge zu analysieren sind.
6) Sämtliche diagnostische Informationen werden mit dem Ziel der Hypothesengenerierung bzw. -testung erhoben, um zu einer möglichst genauen Erklärung und Vorhersage von Verhalten zu gelangen.

5.4 Ziele und Inhalte der Therapie

5.4.1 Selbstbestimmung als Therapieziel

Von der ersten Therapiestunde an wird in der Selbstmanagement-Therapie darauf hingearbeitet, den Patienten in selbstverantwortlicher Weise zu seinem eigenen Therapeuten auszubilden. Am Beispiel der Therapie lernt er den Umgang mit auftretenden Problemen — kognitive Fertigkeiten sollen ihm bei der Analyse und Bewältigung von Schwierigkeiten helfen.

Dabei gilt es, den Transfer auf zukünftige Problemsituationen oder Ereignisse, die nicht Thema der Therapie sind, vorzubereiten und zu üben, um eine stabile und situational unabhängige Verhaltensänderung zu erreichen.

Sei es eine persönliche Zielklärung, eine Änderung des eigenen Verhaltens oder der Umgang mit gegebenen Bedingungen — wichtigstes Ziel ist, daß der Patient von der externen Steuerung des Verhaltens zu einer internen, durch selbsterzeugte Stimuli oder Reaktionen bestimmten Steuerung gelangt.

Unter Selbststeuerung oder Selbstkontrolle versteht man allgemein, daß mittels kontrollierenden Verhaltens die Auftrittswahrscheinlichkeit des kontrollierten Verhaltens (das konflikthafte Konsequenzen nach sich zieht) verändert wird. Solche von der Person selbst gesetzten kontrollierenden Verhaltensweisen können bezogen sein auf Umweltveränderungen, biologische Veränderungen, Selbstbelohnung, Selbstbestrafung, motorisches und kognitives Verhalten (d. h. auf die Variablen, von denen das kontrollierte Verhalten funktional abhängig ist).

In vielen Fällen liegt das Problem darin, daß der Patient bestimmte (erwünschte) Verhaltensweisen zwar in seinem Verhaltensrepertoire hat, diese aber nicht adäquat einsetzen kann. Mit Hilfe des Therapeuten und in der Therapiesituation können die Bedingungen so gestaltet werden, daß die Wahrscheinlichkeit der Äußerung solchen Verhaltens steigt. Möglichst bald soll der Patient die Verhaltensänderung auch auf Situationen außerhalb des therapeutischen Settings ausdehnen.

Der Weg zu einer solchen Verhaltensänderung führt über die kognitive *und* die Verhaltensebene:

1. Zuerst bekommt der Patient Informationen, genaue Begründung und Beschreibung des Änderungsplans.
2. An verschiedenen Modellen (Therapeut, andere Personen) kann der Patient das Zielverhalten beobachten.
3. Als nächsten Schritt versucht der Patient selbst, leichte Übungen auszuführen und neue Erfahrungen zu sammeln (evtl. im Rollenspiel).
4. Schließlich erfolgt eine gemeinsame kognitive Zusammenfassung des Vorangegangenen (Ziele, Prinzipien, Konsequenzen der Veränderung).

Kanfer bezeichnet diese vier Schritte kurz mit *information, modeling, experiencing, cognitive summary.*

5.4.2 Veränderungsplanung

Ausgehend von einem unbefriedigenden, unangenehmen Ausgangszustand (A) des Patienten wird gemeinsam mit diesem ein vorläufiger Zielzustand (B) definiert und eine Reihe von Schritten erarbeitet, mittels derer A in B übergeführt werden kann.

Dabei stehen weniger Schlußfolgerungen von Wirkungen auf bestimmte Ursachen (von der Gegenwart auf die Vergangenheit), sondern vielmehr Schlußfolgerungen von der Gegenwart auf die Zukunft im Vordergrund. In einem dynamischen Problemlöse- und Entscheidungsprozeß werden die ursprünglich festgelegten Inhalte immer wieder überprüft und an die veränderte Situation angepaßt.

Eine solche Vorgehensweise der Therapieplanung basiert auf der Annahme, daß die verursachenden Ereignisse und Bedingungen eines Problemverhaltens nicht gleichzeitig die effektivsten Faktoren einer Veränderung sein müssen (was eine gründliche Erforschung der Pathogenese psychischer Störungen nicht überflüssig macht!).

Ein zweiter wichtiger Gesichtspunkt betrifft die „unidirectionality of time". Die effektivste Therapie kann nicht einen früheren Zustand wieder herstellen oder Erlebnisse auslöschen; sie kann die Fähigkeiten des

Klienten, mit gegenwärtigen und zukünftigen Problemen umzugehen, verändern, wozu u. U. eine Änderung von Nachwirkungen früherer Ereignisse notwendig sein kann.

Kanfers Selbstmanagement-Therapie steht nicht allein mit ihrer Zukunftsorientiertheit, welche in vielen Therapien mehr oder weniger explizit zu finden ist, z. B. im Streßimpfungstraining von *Meichenbaum* (1977), in der verdeckten Konditionierung von *Cautela* (1973), im Behavior Rehearsal von *Goldfried* u. *Davison* (1976) oder der Fixed-role-Therapie von *Kelly* (1955).

Im folgenden seien einige Überlegungen zur Auswahl eines therapeutischen Ansatzpunktes stichwortartig dargestellt:

Grad der Beeinträchtigung — Vorrang von selbst- oder fremdgefährdendem Verhalten.

Therapieziele — Abklärung, wer und was zur Erreichung eines Ziels am ehesten kompetente Hilfe leisten kann (evtl. Überweisung).

Vermutliche Erfolgsquote — Existiert kein Zielverhalten, das unter den gegebenen Möglichkeiten erreichbar ist, muß evtl. die Minderung negativer Folgen des Problemverhaltens in den Mittelpunkt treten, bevor das kritische Verhalten selbst für eine Änderung zugänglich ist.

Konsequenzen der Auswahl und Änderung von Zielverhalten — Nebeneffekte einer Intervention müssen überlegt und bei der Planung berücksichtigt werden.

Motivationale Aspekte — Übereinstimmung der geplanten Veränderung eines Zielverhaltens mit den Zielen und Werten des Klienten (Ziel- und Werterklärung evtl. als erster Schritt) zur Sicherung der Mitarbeit.

Aufrechterhaltung der Verhaltensänderung nach der Therapie — Verändertes Verhalten muß unter natürlichen Bedingungen bestehen bleiben.

5.4.3 Auswahl der Behandlungsziele (Zielverhaltensweisen)

Die Zielverhaltensweisen werden hinsichtlich ihrer Wirksamkeit für die Änderung einer augenblicklichen Problemsituation zu einem befriedigenderen zukünftigen Zustand ausgewählt.

Kriterien für die Auswahl von Zielverhalten sind im beschriebenen Ansatz u. a. folgende:

1. Bringt die Behandlung des Zielverhaltens einen Fortschritt in Richtung Zielzustand?
2. Ist das ausgewählte Zielverhalten einer Intervention zugänglich?

3. Hat das ausgewählte Zielverhalten positive oder negative Konsequenzen für:
   a) die soziale Umgebung (Änderung der Zuneigung für den Klienten)
   b) andere relevante Verhaltensweisen im Repertoire des Klienten?
4. Welche anderen Zielverhaltensweisen können eine Voraussetzung darstellen (weil sie den Veränderungsprozeß unterstützen, in welchem das zentrale Zielverhalten eine Änderung erfährt) und sollen vorgezogen werden?
5. Kann das ausgewählte Zielverhalten durch seine Veränderung möglichst viele andere Verhaltensweisen in Richtung des Therapieziels beeinflussen?

5.4.4 Zusammenfassung

Zur *Zielbestimmung* müssen u.a. folgende Aspekte berücksichtigt werden:

1) Verhaltensänderung = *„performance change"*, d.h. das Ausführen des (oft ohnehin „gekonnten") Verhaltens muß ermöglicht werden.
2) Nicht alle möglichen spezifischen Reaktionen können und sollen Ziel eines Veränderungsprogrammes sein; auszuwählen sind solche *Verhaltensweisen*, die tatsächlich *veränderbar* sind, die eine *weiterreichende Bedeutung* haben (etwa gemeinsamer Operant verschiedener Probleme) und die einen möglichst großen Teil des *vorhanden Reaktionsrepertoires* aktivieren.
3) Das *Sprechen über ein Verhalten* und das *Verhalten* selbst sind zwei unterschiedliche Dinge, d.h., daß Einsicht und Wissen in konkretes Verhalten umzusetzen sind.
4) Das *„neue" Verhalten* muß *unabhängig von externer* (therapeutischer) *Kontrolle* werden.

Literatur zu Kapitel 5.1

Gibson, J. J., An ecological approach to visual perception, Houghton Mifflin, Boston 1979.

Kanfer, F. H., The many faces of self-control, or behavior modification changes its focus, in: *Stuart, R. B.* (Hrsg.), Behavioral self-management, Brunner & Mazel, New York 1977.

—,*Karoly, P.*, Self-control: A behavioristic excursion into the lion's den, *Behavior Therapy*, 3 (1972), S. 498-416.

—,The Psychology of Self-Management: Abiding Issues and Tentative Directions, in: *Karoly, P.,Kanfer, F. H.* (Hrsg.), Self-Management and Behavior Change: From Theory to Practice, Pergamon, New York 1982.

Mahoney, M., Cognition and Behavior Modification, Ballinger, Cambridge, Mass. 1974.

Literatur zu Kapitel 5.2

Kanfer, F. H., Saslow, G., Behavioral analysis: An alternative to diagnostic classification. Archives of General Psychiatry, 12 (1965), S. 529-538.

—,*Hagerman, S. M.*, The role of self-regulation, in: *Rehm, L. P.* (Hrsg.), Behavior therapy for depression: Present status and future directions, Academic, New York 1981.

—,*Smith, J. R.*, Task relevance and depression: Effects on goal setting and performance estimates, Unpublishes manuscript, 1983.

Ullmann, L., Krasner, L., A psychological approach to abnormal behavior, Prentice-Hall, Englewood Cliffs 1969.

Literatur zu Kapitel 5.3

Goldfried, M. R., Behavioral assessment, in: *Weiner, J. B.* (Hrsg.), Clinical methods in psychology, Wiley, New York 1976.

—,*Kent, R.*, Traditional versus Behavioral Personality Assessment: A Comparison of Methodological and Theoretical Assumptions, *Psych. Bulletin*, 1972, 77, 409-420. Dt. in: *Schulte, D.*, Diagnostik in der Verhaltenstherapie, Urban & Schwarzenberg, München 1970.

Kanfer, F. H., Phillips, J. S., Learning foundations of behavior therapy, J. Wiley, New York 1970.

—,*Saslow, G.*, Behavioral analysis. Archives of General Psychiatry, 1965, 12, 529-538. Dtsch.: Verhaltenstheoretische Diagnostik, in: *Schulte, D.*, Diagnostik in der Verhaltenstherapie, Urban & Schwarzenberg, München 1974.

—,—, Behavioral diagnosis, in: *Franks, C. M.* (Hrsg.), Behavior therapy: Appraisal and status, McGraw-Hill, New York 1969, 427-444.

—,*Nay, W. R.*, Behavioral Assessment, in: *Wilson, G. T., Franks, C. M.*, Contemporary Behavior therapy. The Guildford Press, New York 1982.

Lindsley, O. R., Direct measurement and prosthesis of retarded behavior, J. of Education, 1964, 147, 62-81.

Pawlik, K., Diagnose der Diagnostik, Klett, Stuttgart 1976.

Schulte, D., Diagnostik in der Verhaltenstherape, Urban & Schwarzenberg, München 1974.

Wiggins, J. S., Personality and prediction: Principles of Personality assessment, Addison-Wesley, Menlo Park, Calif. 1973.

Literatur zu Kapitel 5.4

Cautela, J. R., Covert processes and behavioral modification, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 157, (1973) S. 27-36.

Goldfried, M. R., Davison, G. C., Clinical behavior therapy. Holt, Rinehart & Winston, New York 1976.

Kanfer, F. H., Target Selection for Clinical Change Programs, Unpublished manuscript, 1983.

Kelly, G. A., The psychology of personal constructs, Vol. 2, W. W. Norton, New York 1955.

Meichenbaum, D., Cognitive behavior modification: An integrative approach, Plenum, New York 1977.

6. Behandlungsmethodik

6.1 Das spezifische Behandlungskonzept im Vergleich mit anderen Therapieformen

6.1.1 Grundlegende Strategien der Verhaltensänderung

Kanfer (Kanfer u. *Phillips* 1966; *Kanfer* 1979) unterscheidet grundsätzlich vier Formen der therapeutisch unterstützten Verhaltensänderung:

1. *Interactive therapy* — Diese Therapieform ist charakterisiert durch eine dyadische Interaktion, in welcher die Beziehung zum Therapeuten die notwendige Grundlage für eine Veränderung darstellt. Der Therapeut führt den Patienten zu einem neuen Verständnis kausaler Beziehungen früherer Erfahrungen und gegenwärtigen Verhaltens sowie zu einer veränderten Wahrnehmung interpersoneller Beziehungen, eigener Emotionen und Reaktionen. Die Intervention vollzieht sich rein auf der verbalen Ebene.
   Dieser Therapieform liegt die Annahme zugrunde, daß eine veränderte Sichtweise neues Lernen und Wachstum, den Umgang mit Problemsituationen, den Erwerb neuer Fertigkeiten und reichere persönliche Erfahrungen ermöglicht — der Patient erscheint befreit von emotionalen Schranken und Störungen.
   Dies erübrigt auch weitere therapeutische Eingriffe und gewährleistet eine Generalisierung im Alltag des Patienten.
2. *Instigationstherapie* — Diese geht von der Annahme aus, daß Verhaltensänderungen zwischen den Therapiesitzungen vor sich gehen und daß diese in erster Linie dazu dienen, die Ziele des Klienten zu explorieren, ihn in bestimmten Methoden zu unterweisen und ihn zu motivieren, entsprechende Lernprinzipien zur Veränderung der außertherapeutischen Umwelt und des eigenen Verhaltens anzuwenden. Die Therapiesitzungen haben Aufklärungs- und Trainingscharakter und dienen der Vorbereitung des Klienten, mit Problemen adäquat umzugehen — der Klient wird zu seinem eigenen Therapeuten ausgebildet.
   Er muß dabei auch lernen, sich selbst für die Veränderungsprozesse verantwortlich zu fühlen, um dem Problem der Generalisierung, das durch die motivationale Komponente der therapeutischen Beziehung bzw. deren Wegfall gegeben ist, zu begegnen. Instigationstherapie richtet sich sowohl auf die Vermittlung kognitiver Konzepte als auch auf die Ausführung spezifischer Aktivitäten außerhalb der eigentlichen Therapie.
3. *Replication therapy* — In diesem Ansatz wird versucht, kritische Abschnitte aus dem Leben des Patienten in der therapeutischen Situation zu wiederholen. Dazu werden Simulationen der natürlichen Lebensbedingungen, Rollenspiele mit dem Therapeuten und Vorstellungen herangezogen. Die Generalisierung soll durch möglichst große Ähnlichkeit zu den natürlichen Lebensereignissen erfolgen sowie durch Entwicklung

und Ausweitung des Verhaltensrepertoires für ein großes Feld natürlicher Problemsituationen.

4. *Intervention therapy* — Damit wird ein Vorgehen bezeichnet, wonach die Techniken zur Verhaltensänderung direkt in dem Setting eingesetzt werden, in dem die Probleme auftreten. Oft kommt — im Gegensatz zu oben genannten Ansätzen — dem Patienten eine eher passive Rolle zu (vgl. Token — Ökonomien). Eltern oder andere Bezugspersonen sind häufig die Ausführenden der Therapie. Probleme der Generalisierung auf neue Situationen und die Übertragung auf ähnliche Reaktionsklassen sind dabei nicht selten anzutreffen (Probleme der Stimulus- und Reaktionsgeneralisierung).

Aus den früheren Ausführungen (insbesondere Kap. 1 und Kap. 5) wird deutlich, daß die Therapie des Selbstmanagement vor allem große Ähnlichkeit mit der Instigationstherapie aufweist.

Die vornehmlich im Labor entwickelte und durch den Kliniker evaluierte Therapieform geht mehr oder weniger davon aus, daß die Interventionen unabhängig von der Person des Therapeuten wirksam sind (d.h. eine Methode bringt in etwa den gleichen Erfolg, ob sie nun Therapeut A, B oder X anwendet bzw. vermittelt).

6.1.2 *Dynamischer Problemlöse- und Entscheidungsprozeß als Behandlungskonzept*

Die allgemeine Struktur problematischer Situation läßt sich wie folgt beschreiben:

Es existiert ein Zielzustand, der sich von der in irgendeiner Weise unbefriedigenden Ausgangslage unterscheidet. Durch ein Set von Verhaltensweisen, über welche der Problemlöser augenblicklich nicht verfügt, könnte der Ausgangszustand in den Endzustand übergeführt werden.

Im Gegensatz zum klassischen Problemlösemodell, wonach die Stufen des Entscheidungsprozesses (allgemeine Orientierung und Definition des Problems, Entwicklung von Alternativen, Entscheidung, Überprüfung des Ergebnisses) der Reihe nach durchlaufen werden, werden einem dynamischen Modell zufolge durch ständige Rückmeldungen eine Reihe untereinander in Beziehung stehender Handlungen gesteuert und laufend korrigiert.

In diesem abgewandelten Modell der Problemlösung und Entscheidungsfindung gewinnen folgende Gesichtspunkte besondere Bedeutung:

- Methoden zum frühzeitigen Erkennen von Problemsituationen, die Darstellung von Zielen in Form von „Ziel-Bäumen" (vs. Zielzuständen);
- die Darstellung von Handlungssequenzen in Form von Entscheidungsbäumen;
- die Zuhilfenahme von Subzielen bei der Generierung von Alternativen;
- die Betonung der Flexibilität im Umgang mit veränderten Bedingungen und Zielen;
- Methoden zur Beurteilung von Entscheidungsbäumen;

— Entscheidungshilfen für den Zeitpunkt des Abbruchs der Suche nach Alternativen, die Verpflichtung zur Ausführung zukünftiger Pläne;
— der Einsatz von Selbstkontrolle zur leichteren Durchführung eines gewählten Plans und
— die Wichtigkeit der ständigen, verläßlichen Rückmeldung des Problemlöse- und Entscheidungsprozesses (vgl. *Kanfer* u. *Busemeyer* 1982).

Problemlösen und Entscheidungsfindung dient in der Selbstmanagement-Therapie vor allem als Metamodell des therapeutischen Vorgehens, aber auch als spezielle Therapiemethode und Hilfe für den Therapeuten. Der gesamte Therapieprozeß verlangt ein flexibles Denken und Handeln des Therapeuten bei der Datensammlung, Hypothesengenerierung, Hypothesentestung, der Zielfindung, Beobachtung der Ergebnisse, Zurückgehen auf frühere Stufen, Sammlung zusätzlicher Informationen, Testen neuer Hypothesen u.v.a.m.

6.1.3 Das 7-Stufenmodell des therapeutischen Prozesses — der Weg zur Selbstverantwortung und Selbstregulation

Dieses Stufenmodell bietet ein heuristisches Gerüst für den Verlauf der Therapie. Die sieben Stufen (s.u.) sind nicht exklusiv, sondern greifen ineinander und überschneiden einander. Im Einzelfall kann eine Stufe auch sehr schnell übergangen werden.

Treten im therapeutischen Prozeß unerwartete Probleme (Stillstand, Rückfall) oder Veränderungen (äußerer Bedingungen) auf, wird eine Rückkehr zu früheren Stufen notwendig.

„Eine Behandlung scheitert häufig nicht an einem unbehandelbaren Problem des Klienten, sondern daran, daß bestimmte Voraussetzungen einer Veränderung nicht erfüllt sind," (*Kanfer* u. *Grimm* 1981, 126).

Das geschilderte Modell beruht u.a. darauf, daß die Therapiephase ein Übergangsstadium ist, in dem neue Verhaltensmuster gelernt und Fähigkeiten zur selbständigen Problembewältigung vermittelt werden. In jeder der sieben Phasen müssen bestimmte Ziele erreicht werden, welche die Voraussetzung für das weitere Vorgehen bilden.

7-Stufenmodell des therapeutischen Prozesses

Phase	Hauptziel
1. Strukturierung der Rollen und des Treatments und Schaffen einer therapeutischen Gemeinschaft	1. Erleichterung für die Person, die Rolle eines Klienten zu übernehmen 2. Formung eines Arbeitsbündnisses 3. Schaffung der Motivation, mit dem Therapeuten zu arbeiten (Motivation, wiederzukommen!)

2. *Motivation to change*, Entschluß zu einer Veränderung	1. Motivierung des Klienten, sich positive Konsequenzen einer Veränderung zu überlegen 2. Aktivierung des Klienten zu einer Veränderung des status quo 3. Verringerung der Hoffnungslosigkeit
3. Verhaltensanalyse	1. Präzisierung der Problemdefintion des Klienten 2. Identifikation relevanter funktionaler Beziehungen 3. Motivierung des Klienten für spezifische Veränderungen
4. Vereinbarung von Behandlungsinhalten und Aushandeln des Treatments	1. Übereinstimmung der Zielbereiche 2. Setzen von Prioritäten für ein Veränderungsprogramm und Beginn spezifischer Verfahren 3. Akzeptieren der Verantwortung für die Mitarbeit an dem geplanten Therapieprogramm
5. Durchführung des Treatments und Aufrechterhaltung der Motivation	1. Durchführung der Veränderungsprogramme 2. Feststellen von Nebeneffekten und ausstrahlenden Effekten einer Veränderung der Zielverhaltensweisen 3. Einschätzung und nötigenfalls Verbesserung der Motivation sowie Erfüllen der Behandlungserfordernisse
6. Registrieren und Einschätzen des Fortschritts	1. Feststellen der Verhaltensänderung 2. Feststellen der Anwendung allgemeiner Bewältigungsstrategien durch den Klienten 3. Einführen neuer Therapieinhalte (bei Bedarf) 4. Motivation zur Beendigung des Programms
7. Generalisierung und Beendigung des Treatments	1. Einschätzen und Fördern von Selbst-Management-Fähigkeiten zur Begegnung zukünftiger Probleme 2. Ausblendung des Kontaktes mit dem Klienten

6.1.4 Spezifische Methoden der Selbstkontrolle

Unter der Voraussetzung, daß die ersten Phasen des therapeutischen Prozesses positiv bewältigt sind, kommt in der fünften Stufe eine oder eine Kombination mehrerer spezieller Änderungsmethoden zur Anwendung.

Die diversen Techniken können je nach Schwerpunkt zwei grundsätzlichen Strategien zugeordnet werden: der *Planung der Umgebung* und der *Programmierung des Verhaltens* (siehe Kap. 1). Es handelt sich im großen und ganzen um die üblichen verhaltenstherapeutischen Methoden, welche in der entsprechenden Literatur zahlreich abgehandelt sind (*Fliegel* 1981; *Gambrill* 1977; *Goldstein* u. *Foa* 1980; *Goldfried* u. *Davison* 1976; *Rimm* u. *Masters* 1980) und deshalb hier nur kurz besprochen werden sollen.

Selbstbeobachtung und *Self-Monitoring* (Aufzeichnung eigenen Verhaltens) wurde ursprünglich zur Datengewinnung verdeckten Verhaltens (Gedanken etc.) eingesetzt. Die Beobachtung reaktiver Effekte (die Aufzeichnung bewirkt eine Veränderung des Verhaltens) führte jedoch auch zu einem therapeutischen Einsatz, welcher vor allem zur Einleitung einer Veränderung und zur Aufrechterhaltung von Therapieerfolgen angebracht scheint.

Selbstverstärkung dient ebenfalls der Motivierung und Aufrechterhaltung einer Veränderung. Entscheidend ist dabei, daß Kontingenzen hergestellt werden zwischen dem zu erreichenden Kriterium und der selbst verabreichten Verstärkung. Neben dem motivationalen Anteil verfügt Selbstverstärkung auch über Informationscharakteristika.

Gedanken-Stoppen (*Wolpe* 1969), *verdeckte Konditionierung* und *verdeckte Sensibilisierung* (*Cautela* 1967, 1969), *verdecktes Modell-Lernen* durch Vorstellung eines Modells (*Kazdin* 1973), *Veränderung der Selbstaussagen* (*Meichenbaum* 1975), *systematische rationale Umstrukturierung* und *Angstbewältigungstraining*, z.B. durch Entspannung (*Ellis* 1962) sind weitere Methoden, die jedoch trotz zahlreicher positiver Belege weiterer empirischer Effizienznachweise bedürfen.

Es wurde schon wiederholt darauf hingewiesen, daß im Ansatz des Selbstmanagement die Generalisierung und die Aufrechterhaltung des Therapieerfolgs nicht dem Zufall überlassen wird, sondern in die Therapieplanung gezielt miteinbezogen wird.

Zusammenfassend seien an dieser Stelle nochmals einige Methoden dazu angeführt:

1. Techniken, die spezifische problembezogene Verhaltensweisen zum Ziel einer Änderung haben.
2. Methoden, durch welche der Patient Bewältigungsstrategien lernt, um mit aktuellen problembezogenen Verhaltensweisen und ähnlichen Problemen der Zukunft umzugehen.
3. Methoden zur Änderung von Selbstregulationsprozessen, die auf eine Veränderung gegenwärtiger Probleme und eine mögliche Prä-

vention zukünftiger Probleme (durch Veränderung kognitiven Verhaltens) abzielt.

4. Vorgehensweisen in der dyadischen Therapie, welche spezifische Verhaltensänderungen erleichtern sollen, Fähigkeiten zur selbstverantwortlichen Änderung entwickeln und problembewältigende, selbstkorrigierende Verhaltensweisen auslösen sollen.

Die Durchführung eines Selbstmanagement-Programms verlangt von dem Patienten nicht selten eine ziemlich schwere Entscheidung und große Überwindung, das vertraute — wenn auch unerwünschte — Verhalten aufzugeben und sich auf das Ungewisse und die Beschwerlichkeit der Veränderung einzulassen. Deshalb werden Selbstkontroll-Techniken oft auch auf den Therapieprozeß selbst angewendet. Beispielhaft dafür sind Therapiekontrakte, die den Verlauf strukturieren und die Motivation zum Durchhalten erhöhen.

6.1.5 Selbstmanagement und verwandte Ansätze

Gemeinsam mit humanistischen Ansätzen wird die Annahme vertreten, daß Menschen fähig sind, eigenes Verhalten in einem erstaunlich großen Ausmaß zu steuern.

Hindernisse in dieser Steuerung können durch äußere oder biophysische Bedingungen eintreten, ebenso durch Motivationsprobleme, durch Skill-Defizite oder eingeschränkte Wahrnehmung von Möglichkeiten zur Selbstregulation. Der Unterschied zu dynamischen Therapieansätzen liegt in dem Stellenwert, der Umgebungseinflüssen (physikalischer und sozialer Art) und deren reziproker Interaktion mit menschlichem Verhalten zugebilligt wird.

Ein ganz anderer Therapieansatz, der aber irrtümlicherweise mit Selbsthilfeansätzen gleichgesetzt werden könnte, sind Selbsthilfegruppen. Die Selbsthilfebewegung ist dadurch gekennzeichnet, daß gegenseitige Unterstützung und Gruppenidentität als Basis für einen Entschluß und evtl. die Durchführung einer Verhandlungsänderung dienen. Reine Selbsthilfegruppen sind nicht geleitet durch professionelle Helfer und entbehren in vielen Fällen immer noch einer empirischen Orientierung. In einer Selbstmanagement-Therapie hingegen geht es um reflektierte Zielsetzung, das Ausprobieren neuen Verhaltens, Gestaltung optimaler Bedingungen für neues Verhalten, das Erlernen neuer Fertigkeiten und die Kontrolle des Fortschritts — alles unter therapeutischer Anleitung und auf empirisch abgesicherter Basis.

Zusammenfassung

1) Man kann vier grundlegende Strategien der Verhaltensänderung unterscheiden:
   — *Interactive therapy*
   — *Instigation therapy*
   — *Replication therapy*
   — *Intervention therapy*
   Strategien der Instigation finden in der Selbstmanagement-Therapie Anwendung:
   In der therapeutischen Sitzung werden gemeinsam mit dem Patienten die möglichen Veränderungsziele und Methoden, diese Ziele zu erreichen, erarbeitet. Hilfestellungen des Therapeuten (Hinführen zu bestimmten Einsichten, Modell des Therapeuten etc.) und Verhaltensübungen regen den Patienten zu neuen Denkweisen und verändertem Verhalten an. Die Generalisierung und Aufrechterhaltung von Verhaltensänderungen sind wichtiges Thema der Therapie.

2) Der Therapieprozeß wird als *Prozeß dynamischer Problemlösung und Entscheidungsfindung* angesehen. Ein solches Problemlösemodell dient einerseits dem Therapeuten zur Strukturierung der Therapie, andererseits lernt der Patient anhand der Therapie, mit Problemen in dieser Weise umzugehen.

3) Für den Ablauf des Therapieprozesses existiert ein *Stufenmodell*, welches als Heuristik für den Therapeuten fungiert und folgende ineinanderübergreifende 7 *Phasen* umfaßt:
   — Strukturierung der Rollen und des Treatments und Aufbau einer therapeutischen Gemeinschaft
   — Entschluß zur Veränderung
   — Verhaltensanalyse
   — Vereinbarung von Behandlungsinhalten und Aushandeln des Treatments
   — Durchführung des Treatments und Aufrechterhaltung der Motivation
   — Registrieren und Einschätzen des Fortschritts
   — Generalisierung und Beendigung des Treatments

4) Die Methoden des Selbstmanagement entsprechen grundsätzlich den *Methoden der Verhaltenstherapie*, welche in diesem Fall jedoch von der Person *selbst eingesetzt* werden (z.B. Selbstverstärkung).

6.2 *Die therapeutische Beziehung**)

6.2.1 Stellenwert der therapeutischen Beziehung

Die Beziehung Patient-Therapeut spielte in der Verhaltenstherapie lange Zeit eine untergeordnete Rolle. Über der Entwicklung und Evaluation sehr effektiver therapeutischer Methoden schenkte man der Tatsache wenig Beachtung, daß die therapeutische Interaktion nach wie vor ein relevanter, das Therapiegeschehen beeinflussender Faktor — wenn auch keine therapeutische Methode per se — ist. Zum anderen schreckten die schwierige Erfassung und die problematische Charakterisierung einer idealen therapeutischen Beziehung (kann und soll man — wie es die Gesprächstherapie proklamiert — als Therapeut tatsächlich immer *echt* und *empathisch* zugleich sein?) von einer wissenschaftlichen Auseinandersetzung eher ab.

6.2.2 Klärung des Konzeptes

Diesen Zustand kennzeichnete die Bezeichnung der Therapeut-Klient-Beziehung als *unspezifische* Variable. Langsam geht man jedoch einer Klärung und Analyse des Konzeptes bzw. ausgewählter Aspekte davon innerhalb der sozialen Lerntheorie über solche Teilaspekte der therapeutischen Beziehung nach (*Mahoney* 1980 u.a.):

1) Der Einfluß des Therapeuten auf die Auswahl der Therapieziele (durch evtl. Steuerung bei der Entwicklung von Alternativen, dem Reflektieren von Handlungskonsequenzen etc.). Wichtig scheint dabei die Reflexion des Therapeuten, wann er auf empirischer Basis gewonnene Informationen und wann er eigene Werte vermittelt. Er muß sich dazu selbst immer wieder über seine eigenen Werthaltungen klar werden — die Frage bleibt nur, wie man diese Selbstreflexionen erreicht; Eigentherapie dürfte dafür ebenso wenig ein Garant sein, wie sie es für Sensibilität und *interpersonal skills* ist (*Mahoney* 1980).
2) Die Kommunikation zwischen Therapeut und Klient, ehrliche Rückmeldungen und eine Vertrauensbasis im Gespräch ist ein anderer Aspekt der therapeutischen Beziehung.
   Kanfer geht davon aus, daß der Therapeut möglichst bald eine gewisse Kontrolle über die Kommunikation des Patienten erlangen muß (welche sich deutlich von der Alltagskommunikation unterscheidet, sobald die Person zum Patienten geworden ist). Kognitive Ähnlichkeiten zwischen Patient und Therapeut und interpersonelle

---

*) Siehe dazu auch Kap. 6.1 und 6.3

Anziehung kann diesen Prozeß beschleunigen. Wichtig ist in jedem Fall, daß der Therapeut auf die Stufe des Patienten steigt und von da aus evtl. Modifikationen der Kommunikation und vor allem der Denkweise in die Wege leitet.

3) Modeling wird zum Teil als spezifische Therapiemethode eingesetzt; man darf dabei aber nicht vergessen, daß dieser Modelleffekt des Therapeuten und der therapeutischen Situation immer — wenn auch unspezifisch — vorhanden ist. Der Therapeut sollte dem insofern Rechnung tragen, daß er ein Modell abgibt für breit angelegte Bewältigungs- und Problemlösefähigkeiten. Es zeigte sich etwa, daß Modelle, die Gefühle und Überlegungen während einer Aufgabe verbalisierten, in ihrer Wirkung auf Beobachter nicht-verbalisierenden Modellen überlegen sind (*Meichenbaum* 1971).

4) Ein wesentlicher Gesichtspunkt der therapeutischen Beziehung betrifft die Compliance des Patienten, die Bereitschaft zur aktiven Zusammenarbeit. Diese wird u. a. positiv beeinflußt durch die Instruktion und Vermittlung eines plausiblen Erklärungsmodells der Störung bzw. deren Veränderungsmöglichkeiten, durch Verstärkung von Aktivitäten des Patienten und eine entsprechende Erwartungshaltung bezüglich des Therapieverlaufs.

Kanfer (im Druck) hat Überlegungen angestellt, auf welche Weise Erkenntnisse aus Modellen zur Informationsverarbeitung für das Klinische Interview bedeutsam sind. Diese Gedanken sowie Ansätze der Interaktions- und Inhaltsanalyse sind für eine weitere Analyse dieses komplexen Konzeptes der therapeutischen Beziehung vielversprechend.

6.2.3 Zusammenfassung

1) In der früheren Entwicklung der Verhaltenstherapie fand die *therapeutische Beziehung* im Vergleich zu anderen Therapievariablen relativ wenig Bedeutung.

2) Eine *differenziertere Sichtweise* des Konzeptes der Beziehung ermöglicht eine zunehmende Klärung theoretischer und empirischer Art.

3) Im Unterschied zu anderen Therapieeinrichtungen ist die *Beziehung* in der Verhaltenstherapie im allgemeinen und dem Selbstmanagement-Ansatz im speziellen *nicht therapeutische Methode per se*, sondern ein Medium der Vermittlung von Strategien zur Verhaltensänderung.

6.3 Prozeßvariablen

6.3.1 Motivation

Kanfers (1971) Selbstregulationsmodell geht von einer inhärenten motivationalen Komponente im Selbstregulationssystem aus. Die Erreichung selbst gesetzter Kriterien verstärkt demnach nicht nur das geäußerte Zielverhalten, sondern auch den Selbstregulationsprozeß an sich. Gemäß der operanten Theorie von Verhalten steigt somit die Wahrscheinlichkeit, daß die Person wiederum Selbstregulation übt.

In Übereinstimmung mit *Banduras* (1978) Theorie der *self-efficacy* (die Wahrscheinlichkeit und der Erfolg von Bemühungen einer Person, sich mit Schwierigkeiten auseinanderzusetzen, ist eine Funktion der Erwartung ihrer persönlichen Wirksamkeit) und dem Konzept des *locus of control* (*Rotter* 1966) bemüht sich die Selbstmanagement-Therapie darum, dem Patienten die eigene Verantwortlichkeit für seine Veränderung klar zu machen und seine Zuversicht, selbst etwas tun zu können, von Anfang an zu stärken.

Eine wichtige Grundlage für ein erweitertes und differenzierteres Motivationskonzept *Kanfers* bildet die Theorie der *Current Concerns* von *Klinger* (1975). Ein *Current Concern* bezeichnet nach *Klinger* einen Zustand, in dem man sich einem bestimmten Ziel verschrieben hat. Dieser Zustand des Current Concern bezüglich einer Zielvorstellung bezieht sich auf die Zeit zwischen dem Entschluß, einen bestimmten Zustand zu erreichen, und dem Zeitpunkt der Realisierung oder Aufgabe dieses Ziels.

Die Klärung der Current Concerns (z. B. mittels eines „Lebenskuchens", der in verschieden große, den aktuellen *Concerns* entsprechende Stücke geteilt wird) ist eine wichtige Voraussetzung, um die Motivation des Patienten — im Sinne zielgerichteten Verhaltens — zu gewährleisten.

Klingers Theorie führte zu einer überarbeiteten Form des Selbstregulationsmodells (*Kanfer* u. *Hagerman* 1981) durch das Hinzufügen der kritischen Unterscheidung zwischen zwei Zielen (und damit zusammenhängenden *Current Concerns*):

1) Ziele, welche den persönlichen überdauernden und zentralen Auffassungen von sich selbst entsprechen, also *persönlich relevant* sind;
2) Ziele, welche nur für kurzfristige oder situational bedingte behaviorale Folgen entscheidend sind — *situationsrelevante* Ziele.

Diese Unterscheidung zwischen persönlich relevanten und situationsrelevanten *Concerns* legt unterschiedliche behaviorale, motivationale und affektive Konsequenzen für eine Person nahe, die Selbst-

kontrolle / Selbstregulation übt. Es ist anzunehmen, daß die Folgen der Kontrolle situationsrelevanter *Concerns* für die Person weniger bedeutsam sind als die persönlich relevanter.

6.3.2 Widerstand

Das Konzept des Widerstandes scheint, ähnlich wie das der therapeutischen Beziehung, in der klassischen verhaltens-therapeutischen Literatur kaum auf.

Das Erkennen und die Analyse des Widerstandes eines Patienten, d.h. mangelnder Übereinstimmung mit dem Therapeuten, Noncompliance oder unkooperativen Verhaltens bilden jedoch die Voraussetzung, um in einem solchen Fall die eingeschlagene therapeutische Strategie zu überdenken oder wichtige dysfunktionale Kognitionen des Patienten zu identifizieren (*Mahoney* 1980). Eine solche genaue Analyse, weshalb der Patient zu einer Zusammenarbeit mit dem Therapeuten und/oder einer Änderung seines Zustandes nicht bereit oder fähig ist, ermöglicht erst, dem Therapieverlauf (wieder) eine positive Wendung zu geben. Gerade Therapien, die nicht wunschgemäß verlaufen, bergen eine Menge für Theorie und Praxis aufschlußreiche Erkenntnisse, die aus erfolgreichen Therapien nicht zu gewinnen sind. (Bisher vereitelte jedoch u.a. die recht einseitige Publikationspraxis und die Angst von Psychologen, Grenzen, Versagen oder Irrtum zuzugeben, breitere Forschung in dieser Richtung.)

In letzter Zeit erschienen eine Reihe von lern-theroretisch orientierten Beiträgen und Büchern zu dem Thema *Compliance (DiMatteo* u. *DiNicola* 1982).

Es ist zu hoffen, daß damit ein Beginn gemacht wurde, den doch etwas vagen Begriff des Widerstandes weiter zu spezifizieren und in einen brauchbaren theoretischen Rahmen zu stellen.

Die Gründe des als mangelnde Compliance bezeichneten Verhaltens können mannigfaltig sein, und *Kanfer* unterscheidet vor allem folgende Formen von Widerstand:

— Patienten, welche gewohnt sind, Verantwortung abzugeben und deren Abhängigkeitsverhalten in ihrer bisherigen Geschichte verankert ist, werden vermutlich auch in der therapeutischen Situation versuchen, diese gewohnten Verhaltensmuster beizubehalten.
— Eine häufig auftretende Schwierigkeit bei der Durchführung eines Therapieprogramms ist die Angst des Patienten vor Unbekanntem, die Angst vor einer Änderung und der damit verbundenen Konsequenzen.

— Hilflosigkeit und (sozial) gelernte Inkompetenz, meist verbunden mit negativen Selbsteinschätzungen und Selbstaussagen, reduzieren die Erfolgswahrscheinlichkeit bei Aufgaben, welche der Patient erfüllen sollte.
— Eine nicht unbeträchtliche Anzahl von Patienten zeigt zwar Interesse und Bereitschaft zu einer Verhaltensänderung, verfügt aber schlichtweg nicht über die notwendigen Fertigkeiten, eine solche in die Wege zu leiten (differenzierte Wahrnehmung und Reflexion, Schritte im Problemöse- und Entscheidungsprozeß; Selbsteinschätzung, eigene Wertmaßstäbe u.v.a.m.).
— Eine wohl sehr wichtige Form des Widerstandes trifft man dort an, wo der Konflikt zwischen der Beibehaltung des status quo und der Motivation für mögliche Änderung nicht klar entschieden ist. Positiva und Negativa des Endzustandes wurden entweder noch nicht bewußt gegeneinander abgewogen oder bringen kein klares Übergewicht auf eine der beiden Waagschalen.

  Beispiel: Ein Student, der Prüfungsangst verlieren möchte, aber gleichzeitig Angst vor einer Beendigung des Studentenlebens hat, wird vermutlich Widerstand bei der konkreten Behandlung der Prüfungsangst zeigen.

Die hier angeführten Beispiele möglicher Widerstände im therapeutischen Geschehen sind weder vollständig noch sind sie in der Praxis so isoliert, unvermischt anzutreffen.

Es soll daraus aber nochmals ersichtlich werden, wie genau man im Einzelfall solchen Variablen nachgehen muß.

6.3.3 Zusammenfassung

1) Sowohl *Motivation* als auch *Widerstand* sind äußerst vielschichtige Variablen, die im Therapieprozeß wirksam werden.
2) Motivation kann als *zielgerichtetes Handeln* aufgefaßt werden, das abhängig ist von den sogenannten *Current Concerns*.
3) Formen des Widerstandes können sein: *Abhängigkeitsverhalten, Angst vor Risiko, Hilflosigkeit und gelernte Inkompetenz, Mangel an Fertigeiten, Balance-Konflikt.*

6.4 Formen des Settings

6.4.1 Therapie und Setting

Befaßt man sich mit Setting, in dem Therapie stattfindet, muß man sich vor Augen halten, daß ein solches beschriebenes Therapiesetting nur eine der Bedingungen ist, unter denen eine Veränderung stattfindet oder induziert wird. Therapie geschieht nicht nur in den eigentlichen

therapeutischen Sitzungen, sondern mindestens ebenso außerhalb dieser und zwischen den einzelnen Therapiekontakten. Eine Therapie kann nur dazu dienen, dem Patienten zu helfen, im natürlichen Leben besser zurechtzukommen, und darf nicht zum Selbstzweck werden. Ein besseres Verstehen von Problemen und eine verbesserte Kommunikation darüber sind normalerweise nicht das Ziel einer Therapie, sondern höchstens eine Voraussetzung für eine Veränderung. Ebenso ist eine Verhaltensänderung in der Therapiesituation nahezu wertlos (bezogen auf eine effektive Hilfe für den Patienten), wenn diese nicht auf das Leben außerhalb der Therapie, in den natürlichen sozialen Bezügen generalisiert werden kann. Aus solchen Überlegungen ergibt sich, daß das Therapiesetting möglichst nicht zu realitätsfern sein soll. Ein Negativbeispiel sind Therapiegruppen, die nach streng festgelegtem Ritus auf Almhütten durchgeführt werden und sich so mit ihren gemeinsamen Problemen immer mehr von ihrer natürlichen Umgebung distanzieren. Solche „sublimierte Form der Ausgrenzung psychischen Leidens" (*Kardoff* u. *Köhnen* 1982), die noch dazu kommerziell ausgenützt und unterstützt wird, bringt die Gruppenmitglieder häufig in noch größere Isolation und erschwert den Weg, Probleme zu überwinden (subjektive Aussagen, wie „es bringt mir viel", sind mit größter Vorsicht und unter dem Licht der speziellen Situation zu bewerten und auf ihre Aussage zu überprüfen).

6.4.2 Übliches Setting in der Verhaltenstherapie

Die äußeren Rahmenbedingungen für Selbstmanagement-Therapie richten sich nach den jeweiligen Anforderungen und auch Möglichkeiten.

Ambulante Therapien finden häufig ein- bis zweimal die Woche statt (bei einer Durchschnittsdauer von 50 Minuten — Erstgespräche dauern oft länger). Im Normalfall findet die therapeutische Sitzung in eigens dafür vorgesehenen Beratungsräumen statt, wo sich Patient und Therapeut meist schräg gegenübersitzen. In den Sitzungen erhält der Patient oft Aufgaben, die zwischenzeitlich in der natürlichen Umgebung zu erfüllen sind (Übungen, Aufzeichnungen etc.). Gegen Ende der Therapie (kann nach 5 aber auch nach 40 Stunden der Fall sein) werden die Abstände zwischen den Therapiekontakten vergrößert und zum Teil durch telefonischen oder brieflichen Kontakt ersetzt. In der stationären Behandlung ist das Therapieangebot meist gedrängter, doch wird auch hier auf Eigenaktivität großer Wert gelegt, umso mehr als die Gefahr der Passivität oder sogar Hospitalisierung dabei größer ist.

Eine weitere Schwierigkeit bereitet bei stationären Aufenthalten die Generalisierung von Veränderungen, weshalb diesem Ziel in der Therapieplanung besonderes Augenmerk zukommt.

Wie erwähnt, richtet sich das Setting weitgehend nach den Erfordernissen des Patienten, d. h. daß bei gewissen Problemstellungen auch ein oder mehrere Therapeuten mit mehreren Patienten (Paar, Familie, Gruppe) arbeiten und eine Verlagerung der Therapiesitzung aus den Beratungsräumen hinaus erfolgen kann. Gemeinsam abgeschlossene Therapiekontrakte zu Beginn einer Therapie und die Strukturierung des Therapieverlaufs erleichtern die Einhaltung der äußeren Erfordernisse der Therapie (Wahrnehmen der Termine, Bezahlung etc.). Die in der Therapie eingesetzten Hilfsmittel sind weitgehend von der Phantasie des Therapeuten sowie des Patienten und dem zu bearbeitenden Problem abhängig (Videoaufnahmen bei Selbstsicherheitstraining; schriftliches Material zur spezifischen Information; Testmaterial zur Diagnostik; Bilder, Gegenstände, Feedbackgeräte im Rahmen von Angstbehandlungen etc.).

Literatur zu Kapitel 6.1

Cautela, J. R., Covert sensitization, *Psychological Reports*, 20 (196) S. 459-468.

—, The use of imagery in behavior modification, Ass. for the Advancement of Behavior Therapy, Washington 1969 (Sept.)

D'Zurilla, T., Goldfried, M.G.R., Problem-solving and behavior modification, *Journal of Abnormal Psychology*, 78 (1971) S. 107-126.

Ellis, A., Reason and emotion in psychotherapy, Stuart, New York 1962.

Fliegel, St., Verhaltenstherapeutische Standardmethoden. Urban & Schwarzenberg, München 1981.

Gambrill, E., Behavior modification. Handbook of assessment, intervention and evaluation. Jossey-Bass., San Francisco 1977.

Goldfried, M.R., Davison, G.C., Clinical Behavior Therapy, Holt, Rinehart & Winston, New York 1976.

Goldstein, A.P., Foa, E., Handbook of behavioral interventions. A clinical guide. John Wiley, New York 1980.

—, *Kanfer, F.H.*, Maximizing Treatment Gains. Transfer Enhancement in Psychotherapy. New York: Academic Press, 1979.

Kanfer, F.H., Selbstregulation und Selbstkontrolle (Self-regulation and self-control), in: *H. Zeiler* (Hrsg.), Die Psychologie des 20. Jahrhunderts, Vol. 4: Pawlow und die Folgen: Von der klassischen Konditionierung bis zur Verhaltenstheorie, Kindler, Zürich 1977.

—, Self-Mangement: Strategies and Tactics, in: *Goldstein, A.P., Kanfer, F. H.*(Hrsg.), Maximizing Treatment Gains. Transfer Enhancement in Psychotherapy, Academic Press, New York 1979.

—, *Busemeyer, J. R.*, The Use of Problem-Solving and Decision-Making in Behavior Therapy, *Clinical Psychology Review*, 2 (1982); dt.: *Verhaltensmodifikation*, 3 (1982) S. 140-156.

—, *Goldstein, A.P.*, Möglichkeiten der Verhaltensänderung, U & S, München 1977.
—, *Grimm, L. G.*, Managing Clinical Change: A Process Model of Therapy, *Behavior Modification*, 4 (1980) S. 419-444. Dt.: Bewerkstelligung Klinischer Veränderungen: Ein Prozeßmodell der Therapie, *Verhaltensmodifikation*, 2 (1981) S. 125-132.
—, *Phillips, J.S.*, Behavior Therapy: A panacea for all ills or a passing fancy? *Archives of General Psychiatry*, 15 (1966) S. 114-128.
Kazdin, A.E., Methodological and assessment considerations in evaluating reinforcement programs in applied settings, *Journal of Applied Behavior Analysis*, 6 (1973) S. 517-531.
Meichenbaum, D., Self-instructional methods, in: *Kanfer, F.H. & Goldstein, A.P.* (Hrsg.), Helping people change: A textbook of methods, Pergamon, New York 1975.
Rimm, D., Masters, J., Behavior Therapy. Techniques and Empirical Findings. Academic Press, New York 1979².
Wolpe, J., The practice of behavior therapy, Pergamon, New York 1969.

Literatur zu Kapitel 6.2

DeVoge, J.T., Beck, St., The Therapist — Client Relationship in Behavior Therapy, in: *Hersen, M., Eisler, R.M., Miller, P.M.* (Hrsg.), Progress in Behavior Modification, Vol. 6, Academic Press, New York 1978.
Kanfer, F.H., The Relevance of Information-Processing Models for Clinical Interviews, im Druck.
Mahoney, M.J., Psychotherapy Process. Current Issues and Future Directions, Plenum Press, New York 1980.
Meichenbaum, D., Examination of model characteristics in reducing avoidance behavior, *Journal of Personality* and *Social Psychology*, 14, 1971, S. 298-307.
Zimmer, D., Die therapeutische Beziehung, edition psychologie, Weinheim 1983.

Literatur zu Kapitel 6.3

Bandura, A., Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change, in: *Franks, C.M., Wilson, G. T.* (Hrsg.), Annual Review of Behavior Therapy. Theory and Practice, Brunner & Mazel, New York 1978.
Di Matteo, R., Di Nicola, D., Achieving Patient Compliance. Pergamon, New York 1982.
Kanfer, F.H., The maintenance of behavior by self-generated stimuli and reinforcement, in: *Jakobs, A., Sachs, L.B.* (Hrsg.) The psychology of private events, Academic Press, New York 1971.
—, *Hagermann, S.*, The role of self-regulation, in: *Rehm, L.P.* (Hrsg.), Behavior Therapy for depression: Present status and future directions, Academic Press, New York 1981.
Klinger, E., Consequences of Commitment of and Disengagement from Incentives, *Psychological Review*, 82 (1975) S. 1-25.
Mahoney, M.J., Psychotherapy Process. Current Issues and Future Directions, Plenum Press, New York 1980.
Rotter, J.B., Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement, *Psychological Monographs: General and Applied*, 80 (1966) S. 1-28.

Literatur zu Kapitel 6.4

Kardorff, E., Köhnen, E. (Hrsg.), Psyche in schlechter Gesellschaft. Zur Krise klinisch-psychologischer Tätigkeit, Urban & Schwarzenberg, München 1981.

7. Anwendung

7.1 Klinische Anwendungsbereiche, Indikation und Kontraindikation

7.1.1 Anwendungsmöglichkeiten

Will man Anwendungsbereiche des Selbstmanagement-Konzeptes besprechen, muß man sich über zwei prinzipielle Anwendungsmöglichkeiten klar sein: Im einen Fall dient das Selbstmanagement zur Strukturierung des gesamten Ablaufs der Therapie, wobei unter Umständen als spezifische Änderungsmethoden auch andere als Selbstkontrolltechniken zum Einsatz kommen können. Im anderen Fall geht es nicht so sehr um das Gesamtkonzept als um die erwähnten Methoden, die die Grundlage zu dessen Entwicklung waren.

Steht die Motivierung des Patienten und die gemeinsame Zielklärung im Hintergrund (z. B. bei Personen, welche sich über die Notwendigkeit und die Ziele einer Verhaltensänderung im Klaren sind; etwa bei manchen Phobien), kommen abhängig von der Problemstellung die entsprechenden Selbstkontrolltechniken zum Einsatz (Stufe fünf des Sieben-Stufen-Modells).

Gegenwärtig sind es vor allem drei Gruppen von Patienten, für die Selbstkontrolle einen effektiven Weg der Änderung darstellt:

In die erste fallen Klienten, welche Kontrolle über ihre Reaktion auf von außen herangetragene Konfliktsituationen lernen sollen; die zweite sind Patienten, die physiologische Reaktionen wie emotionale Erregung, Angst oder Schmerz kontrollieren wollen; in die dritte Gruppe fallen Klienten, die ihre kognitiven oder durch Vorstellungen ausgelösten Reaktionen wie belastende Gedanken, negative Selbstaussagen oder Neigungen verändern möchten.

7.1.2 Indikation und Kontraindikation von Selbstkontrollmethoden und Selbstmanagement

Wie schon früher erwähnt, stellen Selbstkontrolle (Selbstmanagement) und Fremdkontrolle keine einander ausschließenden Gegenpole dar; sie bilden vielmehr ein Kontinuum, wobei einmal das Ausmaß der Fremdkontrolle, einmal das der Selbstkontrolle überwiegen kann. Aus einer genauen Diagnostik problematischen Verhaltens (vgl. Kap. 5.3) kann hervorgehen, daß eine Person nicht über die, in Hinblick auf ein bestimmtes Ziel, notwendigen Selbstregulations- und Selbstkontrollfähigkeiten verfügt.

Selbstkontrollprozesse eines Individuums werden vor allem dann notwendig (vgl. Kap. 1), wenn eingespielte Verhaltensabläufe geändert werden sollen, da eine Beibehaltung für die Person problematische Konsequenzen bedeuten würde. Die häufigsten Problemsituationen sind solche, in denen eine gut eingespielte, sehr wahrscheinliche Reaktion zurückgehalten werden sollte oder in denen eine neue Reaktion mit irgendwelchen unangenehmen Begleiterscheinungen ausgelöst werden sollte.

Vor Einsatz entsprechender Methoden muß eine genaue Analyse der Problemlage, der individuellen Lerngeschichte und der Fähigkeiten des Individuums erfolgen (vgl. Kap. 5.3). Die Vermittlung der Selbstkontrollstrategien impliziert ein Training in Selbstbeobachtung, Selbstbewertung, Zielsetzung und Selbstverstärkung, wozu der Patient prinzipiell in der Lage sein muß (andernfalls müssen diese Fähigkeiten in einem ersten Stadium der Therapie vermittelt werden).

Ein weiterer wichtiger Faktor ist die Abstimmung der geplanten Veränderung mit dem Lebensplan und dem Lebensstil des Patienten sowie die Integration von Selbstkontrollprozessen in den Kontext von individuellen Verhaltensweisen.

Neuere Untersuchungen (*Kanfer* u. *Busemeyer*, im Druck) weisen z. B. darauf hin, daß Selbstregulationsprozesse nicht parallel zu kognitiv sehr anspruchsvollen, schwierigen Aufgaben durchgeführt werden sollen, da dadurch die Aufmerksamkeit geteilt wird.

Eindeutige Kontraindikation für die Durchführung einer Selbstmanagement-Therapie sind Fälle, in denen der Patient sein Gegenüber (den Therapeuten) nicht akzeptiert und/oder keinerlei Kommunikation möglich ist (z. B. bei unüberwindbarer Ablehnung der Therapie, autistischem Verhalten, starkem Drogen-, Medikamenteneinfluß, bestimmten Cerebralschädigungen etc.).

Ein Sonderfall der Anwendung ergibt sich in der Arbeit mit kleinen Kindern und Retardierten: Hier wird Selbstmanagement in der Weise modifiziert, daß der Therapeut in größerem Maße Verantwortung trägt und daß die Durchführung der Therapie in vielen Fällen Bezugspersonen übertragen wird.

7.2.1 Anwendung in der Therapie Erwachsener

In diesem und den folgenden Unterkapiteln seien exemplarisch einige Problemstellungen, bei denen Selbstmanagement-Therapie oder Selbstkontrollmethoden eingesetzt werden, herausgegriffen.

Ein breites Anwendungsfeld bietet sich beim Erlernen von *Interpersonal Skills*. *McFall* und *Dodge* (1982) verstehen unter sozialen Fertig-

keiten die Fähigkeit, effektiv auf seine Umgebung einzuwirken, so daß die Wahrscheinlichkeit des Auftretens erwünschter Ereignisse maximiert wird. Zwei Merkmale zeichnen Personen mit guten sozialen Skills aus: gute Anpassung an sich ändernde Erfordernisse und ausgeprägte Selbstregulation (geringe Abhängigkeit von äußeren Stimuli).

Diesem Konzept des Erlebens sozialer Fertigkeiten entsprechen Instigations- und Replikationstherapie. Dabei wird besonderer Wert auf tatsächliche Änderung des Verhaltens gelegt („Einsicht" eher nachrangig); der Patient lernt die Übernahme der Verantwortung für die Gestaltung und den Verlauf der Therapie. Genaueste Beschreibungen (gedankliches Hineinversetzen) problematischer Situationen liefern die Grundlage für Auswahl und Übung neuer Verhaltensweisen, welche der Patient in Form von Aufgaben in der Realität ausprobiert. Solche Versuche werden gemeinsam mit dem Therapeuten analysiert und bilden die Basis für die Entwicklung selbstregulierten Verhaltens.

Ein wichtiger Unterschied zu anderen verhaltenstherapeutischen Behandlungen liegt darin, daß in einer solchen Form von Instigationstherapie ein Minimum an Kontingenzen gesetzt wird (Kontingenzmanagement verändert Verhalten indirekt durch Veränderung der Konsequenzen) und dafür versucht wird, das Verhalten selbst (durch Instruktion und Übungen) zu verändern. Es werden dabei solche Verhaltensweisen ausgewählt, die eine hohe soziale Wertigkeit haben, so daß auch nach Beendigung der Therapie die Aufrechterhaltung des Verhaltens gewährleistet ist (Verhalten steht unter natürlichen Verstärkungsbedingungen). Die therapeutische Intervention erfolgt sehr direkt und zielt auf eine rasche Änderung des Verhaltens.

Besonders wichtig an diesem Vorgehen ist die Zusammenarbeit des Patienten und des Therapeuten, welche einen systematischen Problemlöseprozeß durchführen. Patienten werden dadurch in einer Methode geschult, welche ihnen auch zukünftig die Bewertung adäquater Reaktionsalternativen erleichtert und die Bewältigung unterschiedlicher Probleme ermöglicht.

„By making clients into independent problemsolvers, we have taught them skills with which they can engage in effective self-management" (*McFall* und *Dodge* 1982, S. 377)

Nach der Verdeutlichung einer Möglichkeit, das Grundkonzept des Selbstmanagement im klinischen Bereich einzusetzen, soll nun am Beispiel der Angstbehandlung der Einsatz verschiedener Selbstkontrollstrategien gezeigt werden.

Phobische Patienten beschreiben ihre Problematik oft in Zusammenhang mit der Angst, die „Selbstkontrolle" zu verlieren und durch

zunehmend defensives Verhalten immer mehr Möglichkeiten der Selbstbestimmung aufzugeben. Entsprechend der Zweifaktorentheorie der Angst*) (*Wolpe* 1973) wird der äußeren Kontrolle (Umgebungs- oder Alpha-Variablen) große Bedeutung beigemessen.

In traditionellen Verhaltenstherapien versuchte man die funktionale Beziehung zwischen externen (angstauslösenden) Reizen und Reaktionen direkt zu verändern (systematische Desensibilisierung, Flooding). Selbstkontrollansätze legen dagegen das Hauptaugenmerk auf interne Vorgänge.

Patienten sollen etwa angstverbundene Hinweisreize diskriminieren lernen und die alten Reiz-Reaktions-Ketten durch neue interne Coping-Strategien durchbrechen. Zugleich lernen die Patienten (mit Hilfe dieser internen Coping-Strategien), sich langsam den gefürchteten Situationen auszusetzen, diese nicht mehr zu vermeiden. Durch diese Angstbewältigungstechniken wird die Auftrittswahrscheinlichkeit, die Stärke und die Dauer von Angstzuständen reduziert.

Vorteil dieses Veränderungsvorgehens ist eine mögliche Übertragung der gelernten Bewältigungsstrategien auf in der Therapie nicht behandelte Angstereignisse.

Spezifische Techniken, die der Patient zur Prävention oder Bewältigung von Angstereignissen (oder auch Streßereignissen allgemein) einsetzen kann, wären Entspannung auf Hinweisreize hin, Selbstkontroll-Desensibilisierung, Angst-Management-Training, systematische rationale Umstrukturierung, Streßimpfungstraining u. a. m. Gemeinsam ist diesen Techniken, daß dem Patienten zuerst das der Therapie zugrundeliegende Angst- und Bewältigungskonzept vermittelt wird.

Zwischen den Therapiesitzungen, in denen dann das jeweilige Verfahren eingeübt wird (Entspannung, Vorstellungsübungen etc.), sammelt der Patient Erfahrungen in der selbständigen Applikation unter natürlichen Bedingungen. Diese werden in den Sitzungen ausgewertet und die Strategie wird solange geübt, bis der Patient fähig ist, sie ohne therapeutische Hilfe adäquat einzusetzen.

Neben den hier skizzierten Problembereichen sind als wichtige weitere Einsatzgebiete vor allem Entscheidungsprobleme (*Kanfer* und *Busemeyer* 1982), Arbeits-, Lern- und Leistungsstörungen, Probleme

*) Ursprünglich neutrale Reize gewinnen durch Koppelung mit noxischen Ereignissen angstauslösende Funktion. Flucht oder Vermeidung solcher Stimuli führt durch die damit verbundene Erleichterung zu einer Fixierung des Verhaltens (es erfolgt keine weitere Realitätsprüfung mehr).

Arbeitsloser und Arbeitssuchender (*Kanfer* 1983), Sexualprobleme (*Morokoff* und *LoPiccolo* 1982), Depressionen (*Rehm* 1982; *Kanfer* und *Hagerman* 1981), psychosomatische Beschwerden, chronische Krankheiten, Zwangsstörungen und Abhängigkeiten / Süchte (*Marlatt* und *Parks* 1982) zu nennen.

7.2.2 Kindertherapie

In einem Selbstmanagement-Training sollen Kinder und Jugendliche lernen, spezielle Techniken für besondere Probleme selbst anzuwenden. Ziel des Selbstmanagement-Trainings ist, daß die Kinder / Jugendliche „effektive Manager" ihres Verhaltens werden.

Im Gegensatz zur Selbstmanagement-Therapie Erwachsener sind die externen Kontingenzen besonders zu Beginn der Therapie von größerer Bedeutung. Langsam lernen die Kinder die Zusammenhänge von Reaktionen und deren Konsequenzen zu erkennen und entsprechende Änderungen durchzuführen, wodurch sie in bestimmten Situationen selbständiger (unabhängiger) und effektiver (in Hinblick auf bestimmte Ziele) handeln können.

Probleme, welche mit Selbstkontroll-Methoden bearbeitet werden, sind vor allem impulsives, aggressives und ängstliches Verhalten.

Kanfer und Mitarbeiter haben schon früh eine Reihe von Untersuchungen zu Komponenten der Selbstregulation (*Kanfer* 1966; *Spates* und *Kanfer* 1977) und Anwendungsmöglichkeiten bei Kindern durchgeführt.

Verstärkeraufschub bzw. Widerstehen einer Versuchung (*Hartig* und *Kanfer* 1973; *Newman* und *Kanfer* 1976), Angstreduktion durch Selbstinstruktionen (*Kanfer, Karoly* und *Newman* 1975), Förderung prosozialen Verhaltens (*Kanfer, Stifter* und *Morris* 1981, *Staub* 1982) oder die Gestaltung eines Heimes für emotional gestörte Kinder (*Goocher* und *Kanfer* 1977) mögen dafür als Beispiel dienen.

Selbstkontroll-Training in verschiedenster Form gilt heute als nicht mehr wegzudenkendes Element in der (verhaltenstherapeutischen) Arbeit mit Kindern (*Meichenbaum* und *Goodman* 1971; *Karoly* 1977; *Craighead, Wilcoxon — Craighead* und *Meyers* 1978; *Gross* und *Drabman* 1982). Vor allem in der Prävention und bei bestimmten Risikogruppen (z. B. schulauffällige Kinder) erhielt der Selbstmanagement-Ansatz große Bedeutung (vgl. Kap. 7.3.2).

7.2.3 Familientherapie / Gruppentherapie

Der Einsatz von Selbstmanagement in der Therapie von Familien und Gruppen erfordert die Anpassung des Sieben-Stufen-Modells an

die Anforderungen, welche sich aus der Arbeit mit Familien bzw. Gruppen ergeben.

Selbstmanagement kann hierbei auf zwei Ebenen erfolgen: Selbstmanagement der Familie/Gruppe (als Organismus) und Selbstmanagement der Einzelindividuen.

Eine Koordination der Ziele impliziert oft eine Begrenzung individuellen Selbstmanagements, vor allem wenn das Interesse der Gruppe, das Gruppemanagement im Vordergrund steht, d.h. daß die Familie/Gruppe lernen soll, ohne äußere (therapeutische) Hilfe zurechtzukommen. Ein solches Ziel kann aber genauso bedeuten, daß die einzelnen Mitglieder der Gruppe fähig werden zur Selbstregulation/Selbstkontrolle.

Systematische Befunde zu diesem Anwendungsbereich stehen noch aus, wenn auch Selbstmanagement-Gruppen in der Klinischen Praxis einen wichtigen Platz einnehmen (siehe Kapitel 7.3).

7.3 Nicht-Klinische Anwendungsbereiche

7.3.1 Prävention

Faßt man Prävention unter den nicht-klinischen Bereich, grenzt man den Begriff zwangsläufig auf primäre Prävention ein, welche zum Ziel eine Förderung der psychischen Gesundheit und eine Verhütung psychischer Störungen hat (vgl. *Caplan* 1964).

Das Verfügen über entsprechende Selbstmanagement-Strategien ist eine Voraussetzung (u.a.) zum erfolgreichen (nicht pathogenen) Umgang mit verschiedensten Lebenssituationen. Dies ist mit ein Grund, daß *Kanfers* Ansatz des Selbstmanagement häufig Anwendung in außertherapeutischem Rahmen findet. Als Beispiele hierfür mögen Selbstmanagement-Programme für Arbeitslose, ein Konzept für sozialpolitische Entscheidungen und Veränderungen sowie Einsatzmöglichkeiten im pädagogischen Bereich dienen.

Die Anwendung in einem sozialen Setting, in dem die Organisationsstruktur, die Motivation der Beteiligten und die Gesamtcharakteristika der Population sich von klinischen Settings deutlich unterscheiden, fordert freilich eine neuerliche Überprüfung der Effektivität eingesetzter Methoden. Diese wurde u.a. an der Zentralanstalt für Arbeit, Nürnberg, sowie dem Kommunalverband-Ruhr, Essen, laufend durchgeführt (*Kanfer* 1982).

Schon 1978 begann *Kanfer* z.B. mit einem Lehrgang für Arbeitsamtspsychologen, in dem besonders zentrale Punkte des Beratungsprozesses wie das evtl. notwendige Zurückgehen auf frühere Stufen,

die Motivation des Klienten zur Mitarbeit und Änderung, die Übernahme von Selbstverantwortung und die Planung der Generalisierung und des Transfers u. a. m. den Psychologen nahegebracht wurden (vgl. Kap. 7.1.3). Zentral waren (und sind) auch die vier Schritte zur Verhaltensänderung: die Information, das Modeling, das Erfahrung-Sammeln und die kognitive Zusammenfassung (vgl. Kap. 5.4.1). Die von *Kanfer* in den Prinzipien des Selbstmanagement unterrichteten und in der Anwendung mit Einzelklienten geübten Psychologen führten die für Arbeitslose adaptierten Selbstmanagement-Trainings mit Gruppen durch. Ziel eines solchen Trainings kann nicht die Gewährleistung einer Wiederherstellung sein, vielmehr gilt es, den Teilnehmern bei der Klärung ihrer beruflichen Ziele zu helfen, ihre Fähigkeiten und Stärken zu ermitteln und ihnen den Umgang mit Problemsituationen (in Zusammenhang mit ihrer Arbeitslosigkeit) zu erleichtern.

Themen des Trainings (ca. 12 Sitzungen zu 3 Stunden über 4 Wochen verteilt):

1) Konzept der A-B-C-Abfolge (*Antecedent-Behavior-Consequences)*; Selbstregulationskomponenten, Kontingenzen des Verhaltens;
2) Ziel- und Werteklärung in Verbindung mit individuellen Verhaltensanalysen;
   Zusammenhang zwischen instrumentellem Verhalten und spezifischen Zielen;
   Motivationstechniken zur Erleichterung von Selbstkontrollverhalten;
3) Techniken der Problemlösung und Entscheidungsfindung;
4) Erfordernisse der einzelnen Gruppenmitglieder, Bearbeiten von Skill-Defiziten (Vorstellungsgespräch etc.);
5) Planung der Generalisierung des Gelernten auf die individuelle Lebenssituation.

7.3.2 Sozialpolitik

Ein anderer Versuch, das Konzept des Selbstmanagement und das Prozeßmodell der Verhaltensänderung (vgl. Kap. 6.1) auf nichtklinische Fragestellungen anzuwenden, ist die Ausdehnung auf sozialpolitische Fragen. Unzufriedenheit mit einer gegebenen Situation, welche Planung und Durchführung von Veränderungen erfordern, wobei die hauptsächlich Betroffenen (Bürger der Gemeinde) so weit wie möglich einbezogen und zu Änderungen motiviert werden müssen, sind die Parallelen zur Therapiesituation.

Ein psychologisches Modell als Grundlage für politische Entscheidungen muß u. a. folgende Anforderungen erfüllen:

1) Es sollte Änderungen erklären (welche notwendig sind, um den gegebenen Verhältnissen besser gerecht zu werden).
2) Es sollte flexibel sein, da öffentliche Politik einer ständigen Beeinflussung durch wirtschaftliche, politische und soziale Veränderungen unterliegt.
3) Es sollte dynamisch-rekursiv sein (Feedback-Schleifen), da neue Informationen ein neues Licht auf bestimmte Fragen werfen können und eine Rückkehr zu früheren Stufen des Prozesses nötig werden können.
4) Es sollte weitreichend sein. Informationserhebung und Aktivierung der Bürger beeinflussen weitere Komponenten des sozialen Systems, welche wiederum auf die politische Planung einwirken.
5) Verifizierung und Evaluation der einzelnen Schritte müssen ermöglicht werden (Feedback-Schleifen).
6) Stichproben aus der Zielpopulation müssen für direkte Erhebungen herangezogen werden, um realistische Politik zu ermöglichen (keine Schlußfolgerungen von idealisierten, politisch beeinflußten öffentlichen Meinungen und Zielen als Grundlage der Planung) (vgl. *Kanfer* 1983).

Eine Kombination des Modells dynamischer Problemlösung und Entscheidungsfindung (vgl. Kap. 6.1) scheint diesen Anforderungen gut zu entsprechen.

Ein Schema für politische Planung kann demnach wie folgt aussehen:

1) Unzufriedenheit mit der gegenwärtigen Situation
2) Organisation einer politischen Planungsgruppe
3) vorläufige Übereinkunft bezüglich Formulierung des Problems
4) Erhebung der problemrelevanten Bedingungen
5) Evaluation der Daten
6) Reformulierung möglicher Lösungswege
7) vorläufige Festlegung politischer Schritte zur Problembewältigung
8) Gewinnen der allgemeinen Zustimmung und Mitarbeit in Evaluation und vorläufiger politischer Planung, welche entweder zu

8a) politischen Verordnungen oder
8b) Rückkehr zu früheren Stufen führt (vgl. *Kanfer* 1983).

Wie oben erwähnt, liegt ein Hauptaugenmerk (im Gegensatz zu anderen politischen Planungsmodellen) auf der direkten Erfassung der Bedürfnisse der Bevölkerung und sozialer Strukturen.

7.3.3 In der Pädagogik

Kanfer lieferte eine Reihe empirischer Untersuchungen zu Fragestellungen im pädagogischen Bereich, welche er selbst jedoch nicht im einzelnen weiter verfolgte. Die Studien befassen sich mit Determinanten von „Schwindeln" (*Kanfer* und *Duerfeldt* 1968), Selbstregulation, Selbstverstärkung bei Kindern (*Haynes* und *Kanfer* 1971; *Karoly* und *Kanfer* 1974; *Spates* und *Kanfer* 1977), Widerstehen einer Versuchung (*Kanfer* und *Zich* 1971) oder Altruismusverhalten bei Kindern (*Kanfer, Stifter* und *Morris* 1981), um nur einige zu nennen.

Während Aspekte wie Selbstverstärkung oder Selbstbeobachtung im pädagogischen Bereich einen festen Platz einnehmen (*McKenzie* und *Rushall* 1974; *Broden, Hall* und *Mitts* 1971; *Gottman* und *McFall* 1972; *Rost, Oechsle* und *Grunow* 1975; *Glynn, Thomas* und *Shee* 1973) wird Altruismusverhalten und dessen Förderung im schulisch/erzieherischen Bereich allgemein noch wenig konkrete Beachtung geschenkt.

Die Möglichkeit systematischen Trainings von Kindern im Denken und Problemlösen führte zum Einsatz kognitiven Modell-Lernens, Selbstinstruktionstrainings und Problemlösetrainings bei Kindern, deren Fähigkeit zur Steuerung ihres Sozialverhaltens und zum Umgang mit Alltagsproblemen verbessert werden sollte.

Aus der Fülle von Anregungen auf der Basis kognitiver Verhaltensmodifikation bzw. des Selbstmanagement in der Pädagogik sollen zwei charakteristische Ansätze kurz dargestellt werden.

Das Konzept *Meichenbaums* (1979; *Meichenbaum* und *Goodman* 1971) zielt darauf ab, die Problemlösefähigkeit des Kindes zu verbessern und die eigene Verantwortlichkeit für sein Verhalten zu erhöhen. Im Training erfolgt die reflektierte Handlungssteuerung über die modellhafte laute Selbstinstruktion (des Therapeuten, der Mutter etc.), die eigene laute Selbstinstruktion des Kindes bis schließlich die private (verdeckte, nicht öffentliche) Selbstinstruktion zur Regulierung des Verhaltens eingesetzt wird. Dieses Selbstinstruktionstraining findet besondere Bedeutung in der Behandlung impulsiver Kinder (*Wagner* 1976). Ebenfalls mit dem Ziel, effektiveres Denken und überlegtes Handeln zu fördern, entwickelten *Camp* und *Bash* (1981) ein Training für Grundschulkinder, das sowohl erzieherisch/präventiv als auch therapeutisch/heilend wirksam ist. Dieses Programm zeichnet sich u. a. aus durch die gute empirische Absicherung, wiederholte Testung und strenge Evaluierung in der natürlichen Umgebung, für welche es geplant wurde. Das „Think aloud program" bewies seine Effektivität

in einer Stichprobe von Kindern, die schwere Selbstkontroll-Defizite aufwiesen.

7.3.4 Zusammenfassung

1) Nicht-klinische Anwendungsbereiche des Selbstmanagement-Konzeptes können in dem großen Bereich *primärer Prävention* gefunden werden.
2) Selbstmangement-Training ist eine wirksame Möglichkeit der *Unterstützung Arbeitsloser* bei Arbeitssuche und im Umgang mit Problemen ihrer Arbeitslosigkeit.
3) Das Modell dynamischer Problemlösung und Entscheidungsfindung dient als Grundlage eines Schemas für *politische Planung* und Durchführung von Veränderungen.
4) Die Pädagogik ist ein weites Anwendungsfeld von Selbstmanagement-Strategien.
   Selbstverstärkung, Selbstbewertung, Selbstbeobachtung, Selbstinstruktionen und Problemlösen sind Bestandteil vieler Interventionen zur Prävention (primärer Art) oder Behandlung von *Verhaltensschwierigkeiten bei Kindern.*

Literatur zu Kapitel 7.1

Kanfer, F.H. und *Karoly, P.*, The Psychology of Self-Management: Abiding Issues and Tentative Directions, in: *Karoly, P.* und *Kanfer, F.H.* (Hrsg.), Self-Management and Behavior Change: From Theory to Practice, Pergamon Press, New York 1982.

—, *Busemeyer, M.K.*, The Effects of Self-Regulation on Concurrent Cognitive Processing, im Druck.

Literatur zu Kapitel 7.2

Craighead, W.E., Wilcoxon-Craighead, L. und *Meyers, A.W.*, New directions in behavior modification with children, in: *Hersen, M., Eisler, R.M.* und *Miller, P.M.* (Hrsg.), Progress in Behavior Modification, Vol. 6, Academic Press, New York 1978.

Deffenbacher, J.L. und *Suinn, R.M.*, The Self-Control of Anxiety, in: *Karoly, P.* und *Kanfer, F.H.* (Hrsg.), Self-Management and Behavior Change. From Theory to Practice, Pergamon, New York 1982.

Goocher, B.E. und *Kanfer, F.H.*, Die Anwendung der Verhaltenstheorie in therapeutischen Institutionen — Konzepte und Vorgehensweisen. In: *Sommer, G.* und *Ernst, H.* (Hrsg.) Gemeindepsychologie, Urban & Schwarzenberg, München 1977.

Gross, A.M. und *Drabman, R.S.*, Teaching Self-Recording, Self-Evaluation, and Self-Reward to Nonclinic Children and Adolescents, in: *Karoly, P.* und *Kanfer, F. H.* (Hrsg.), Self-Management and Behavior Change: From Theory to Practice, Pergamon, New York 1982.

Hartig, M. und *Kanfer, F. H.*, The role of verbal self-instructions in children's resistance to temptation, *Journal of Personality and Social Psychology*, 25 (1973) S. 259-267.
Kanfer, F. H., Influence of age and incentive conditions on children's self-rewards, *Psychological Reports*, 19 (1966) S. 263-274.
—, Self Management in Clinical and Social Interventions, in: *Harvey, J. H.* et al. (Hrsg.) Texas Tech University Symposium on Interfaces in Psychology: Social Perception in Clinical and Counseling Psychology. Vol. 2. Texas, Texas Tech University Press, 1983.
—, *Busemeyer, J.*, The Use of Problem-Solving and Decision-Making in Behavior Therapy, *Clinical Psychology Review*, 2 (1982) 2. dt.: Problemlösen und Entscheidungsfindung in der Verhaltenstherapie. *Verhaltensmodifikation*, 3 (1982) S. 140-156.
—, *Hagerman, S.*, The role of self regulation, in: *Rehm, L. P.* (Hrsg.) Behavior therapy for depression: Present status and future directions, Academic Press, New York 1981.
Kanfer, F. H., Karoly, P. und *Newman, A.*, Reduction of children's fear of the dark by competence-related and situational threat-related verbal cues, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43 (1975) S. 251-258.
—, *Stifter, E.* und *Morris, S.*, Self-control and altruism: Delay of gratification for another. *Child Development* 52 (1981) S. 674-682.
Karoly, P., Behavioral self-management in children: Concepts, methods, issues, and directions, in: *Hersen, M.*; *Eisler, R. M.* und *Miller, P. M.* (Hrsg.), Progress in Behavior Modification, Vol. 5, Academic Press, New York 1977.
Marlatt, G. A. und *Parks, G. A.*, Self-Management of Addictive Disorders, in: *Karoly, P.* und *Kanfer, F. H.* (Hrsg.), Self-Management and Behavior Change. From Theory to Practice, Pergamon, New York 1982.
McFall, R. und *Dodge, K. A.*, Self-Management and Interpersonal Skills Learning, in: *Karoly, P.* und *Kanfer, F. H.* (Hrsg.), Self-Management and Behavior Change. From Theory to Practice, Pergamon, New York 1982.
Morokoff, P. und *LoPiccolo, J.*, Self-Management in the Treatment of Sexual Dysfunction, in: *Karoly, P.* und *Kanfer, F. H.* (Hrsg.), Self-Management and Behavior Change: From Theory to Practice, Pergamon, New York 1982.
Newman, A. und *Kanfer, F. H.*, Delay of gratification in children: The effects of training under fixed, decreasing and increasing delay of reward, *Journal of Experimental Child Psychology*, 21 (1976) S. 12-24.
Rehm, L. P., Self-Management in Depression, in: *Karoly, P.* und *Kanfer, F. H.* (Hrsg.), Self-Management and Behavior Change. From Theory to Practice, Pergamon, New York 1982.
Spates, C. R. und *Kanfer, F. H.*, Self-Monitoring, self-evaluation and self-reinforcement in children's learning: A test of a multi-stage self-regulation model, *Behavior Therapy*, 8 (1977) S. 17-24.
Staub, E., Entwicklung prosozialen Verhaltens, Urban & Schwarzenberg, München 1982.
Wolpe, J., The Practice of Behavior Therapy, 2nd edition, Pergamon, New York 1973.

Literatur zu Kapitel 7.3

Broden, M., Hall, R. v. und *Mitts, B.*, The effect of self-recording on the classroom behavior of two eight-grade students, *Journal of Applied Behavior Analysis*, 4 (1971) S. 191-199.
Camp, B. und *Bash, M.*, Think aloud program. Research Press, Champaign-Illinois 1981.

Caplan, G., Principles of Preventive Psychiatry. Basic Books, New York 1964.
Glynn, E. L., Thomas, J. D. und *Shee, S. M.*, Behavioral self-control of on-task behavior in an elementary classroom, *Journal of Applied Behavior Analysis*, 6 (1973) S. 105-113.
Gottman, J. M. und *McFall, R. M.*, Self-Monitoring effects in a program for potential high school dropouts: A time series analyis, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 39 (1972), S. 273-281.
Haynes, L. E. und *Kanfer, F. H.*, Academic rank, task feedback and self-reinforcement in children, *Psychological Reports*, 28 (1971) S. 967-974.
Kanfer, F. H., Personal control, social control and altruism, or Can society survive the age of individualism? *American Psychologist*, 34 (1979), S. 231-239.
—, Social Policy and Implementation of Community Change: A Psychosocial Model, Technical Report for Kommunalverband-Ruhr, Essen 1982.
—, Self-Management in Clinical and Social Interventions, in: *Harvey, J. H.* et al. (Hrsg.), Texas Tech University Symposium on Interfaces in Psychology: Social Perception in Clinical and Counseling Psychology. Texas Tech University Press, Texas 1983.
—, *Duerfeldt, P. H.*, Age, class-standing and commitment as determinants of cheating in children, *Child Development*, 39 (1968) S. 545-557.
—, *Zich, J.*, Self-control training: The effects of external control on children's resistance to temptation, *Developmental Psychology*, 10 (1974) S. 108-115.
—, *Stifter, E.* und *Morris, S.*, Self-control and altruism: Delay of gratification for another, *Child Development*, 52 (1981) S. 674-682.
Karoly, P., Behavioral self-management in children: Concepts, methods, issues and directions, in: *Hersen, M., Eisler, R.* und *Miller, P.* (Hrsg.), Progress in Behavior Modification, Vol. 5. Academic Press, New York 1977.
Karoly, P. und *Kanfer, F. H.*, Effects of prior contractual experience on self-control in children, *Developmental Psychology*, 10 (1974), S. 459-460.
Mc Kenzie, T. L. und *Rushall, B. S.*, Effects of self recording on attendance and performance in a competitive swimming environment, *Journal of Applied Behavior Analysis*, 7 (1974) S. 199-206.
Meichenbaum, D., Teaching children self-control, in: *Lahey, B.* und *Kazdin, A.* (Hrsg.), Advances in Child clinical psychology, Vol. 2. Plenum, New York 1979.
—, *Goodman, D.*, Training impulsive children to talk to themselves, *Journal of Abnormal Psychology*, 77 (1971) S. 115-126.
Newman, A. und *Kanfer, F. H.*, Delay of gratification in children: The effects of training under fixed, decreasing and increasing delay of reward, *Journal fo Experimental Child Psychology*, 21 (1976) S. 12-24.
Rost, D., Oechsle, D. und *Grunow, P.* (Hrsg.), Pädagogische Verhaltensmodifikation, Weinheim, Beltz 1975.
Spates, C. R. und *Kanfer, F. H.*, Self-Monitoring, self-evaluation and self-reinforcement in children's learning: A test of a multi-stage self-regulation model, *Behavior Therapy*, 8 (1977) S. 17-24.
Wagner, J., Aufmerksamkeitstraining mit impulsiven Kindern. Klett, Stuttgart 1976.

8. Evaluation und Forschung

8.1 Theoretische Modelle in Empirie und Praxis

Das Konzept der Selbstkontrolle / Selbstregulation ist ein zentrales psychologisches Konzept und bedarf genauso wie andere psychologi-

sche Theorien einer empirischen Fundierung. Diese ist aufgrund der Komplexität des Gegenstandes (es sind auch in der Verhaltenstherapie nie alle Variablen prüfbar) und aufgrund der ständigen Veränderung des Menschen nur teilweise möglich. Trotzdem ist eine partielle und punktuelle experimentell-empirische Verankerung psychologischen Wissens notwendig, um psychologische und psychotherapeutische Tätigkeit auf eine empirisch-rationale Basis zu stellen. Andernfalls läuft man Gefahr, mit psychologischen Spekulationen und Glaubenssätzen zu enden, und die Tätigkeit des Psychologen läßt sich somit nur mehr schwer von Teufelsaustreibung und Handauflegung abgrenzen.

Neben den Schwierigkeiten, die sich durch den ganz besonderen „Forschungsgegenstand" der Psychologie — den Menschen mit all seiner Vielfalt und seinen Fähigkeiten — ergeben, stellt sich als zweites Problem die Frage der Kriterien, die man einer Beurteilung zugrunde legt. Das Ziel einer solchen Beurteilung ist die schrittweise Legitimation einer psychologischen Theorie und kein endgültiger Beweis einer sinnvollen Theorie. Es ist eine Konventionsfrage, welche Kriterien für eine Bewertung herangezogen werden, und es ist entscheidend für sinnvolle Forschung, sich auf einen gemeinsamen Rahmen zu einigen.

Als methodologische Behavioristen (vgl. Kap. 5.1.1) würden sich *Kanfer/Kazdin* und *Wilson* (1978) anschließen, die Kriterien zur Bewertung von Psychotherapie anführen. Sie unterscheiden dabei zwischen Kriterien, die auf den Patienten bezogen sind, und solchen, die sich auf die Effizienz und Ökonomie des Verfahrens beziehen. Die einzelnen von den Autoren genannten Kriterien betreffen:

Die Bedeutung (Wichtigkeit) einer Veränderung (schwere, leichte Störungen?);
der Prozentsatz der Patienten, die sich verbessern;
die Reichweite (Breite) der Veränderungen;
die Dauerhaftigkeit von Verbesserungen;
die Effizienz in Relation zur Dauer der Behandlung;
die Effizienz in Hinblick auf die Art der Behandlung (Einzel- vs. Gruppentherapie, Bibliotherapie, Selbsthilfeanleitungen etc.);
die Kosten der Therapeutenausbildung;
der Aufwand des Patienten (emotionaler, finanzieller, zeitlicher Art etc.);
die Kosten-Nutzen-Relation und
die Bewertung durch den „Konsumenten" (Übereinstimmung in den Zielen, Methoden etc.)

Versucht man, diese Kriterien an den therapeutischen Ansatz des Selbstmanagement zu legen, kommt man im großen und ganzen zu

einer recht positiven Bewertung; und dies auch im Vergleich mit anderen Therapieansätzen, die zum Teil weit aufwendiger und gleich oder weniger erfolgreich sind, vor allem was die Dauerhaftigkeit (Generalisierung des Therapieerfolgs auf das Alltagsleben und Übertragung auf spätere Probleme) anlangt. Vorauszusetzen ist selbstverständlich in jedem einzelnen Fall die Klärung der Indikationsfrage!

Vielleicht war dieses positive pragmatische Gesamtresultat mit ausschlaggebend dafür, daß die Methoden des Selbstmanagements so breite Anwendung finden, auch weit über den Kreis vornehmlich verhaltenstherapeutisch arbeitender Kliniker hinaus.

Diese Verbreitung erfolgte, obwohl eine empirische Überprüfung der Selbstkontrollstrategie zum Teil schwierig ist. Probleme methodologisch sauberer Überprüfung ergeben sich u. a. aus folgenden Punkten:

1) An einem Selbstkontrollprozeß sind eine große Anzahl von Verhaltenskomponenten beteiligt, die teilweise einer Beobachtung nicht zugänglich und in ihrer Gesamtheit kaum experimentell erfaßbar sind.
2) Selbstkontrolltechniken sind oft in therapeutische Gesamtprogramme eingebettet; ein isolierter Effekt ist damit schwer nachweisbar. Einfache experimentelle Designs wie Ausblendung spezieller Komponenten eines Selbst-Kontrollprogramms sind nicht durchführbar (Lernerfahrungen etc.).
3) Ein Vergleich von Therapie- und Kontrollgruppen wird dadurch erschwert, daß auch nicht speziell trainierte Personen u. U. sehr effektive Selbstkontrollstrategien einsetzen (vgl. *Bastine* 1982).

8.2 Aktuelle und zukünftige Forschungsfragen

Einige interessante Fragen des Selbstmanagement-Ansatzes werden gerade einer experimentell-wissenschaftlichen Untersuchung unterzogen.

Von besonderer Bedeutung ist eine Evaluationsstudie des Sieben-Stufen-Modells (*Kanfer* und *Grimm* 1980), in der drei Gruppen von Frauen und Replikationen von Selbstsicherheitstrainings untersucht werden. Die Besonderheit dieser Studie liegt zum einen in einer längst fälligen Evaluierung verhaltenstherapeutischer Handlungsmodelle und zum anderen darin, daß es sich hierbei um eine langfristige Nicht-Analogstudie handelt.

Eine wichtige Frage bezieht sich auf die Beziehungen zwischen zeitlichen Veränderungen und der Selbstkontrollvariablen, Ertragen einer

unangenehmen Situation oder Widerstehen einer Versuchung. Eine Erforschung dynamischer Aspekte wäre wichtig, um die Wahrscheinlichkeit, mit der Selbstkontrollverhalten beibehalten wird, besser einschätzen zu lernen.

Neben einer Unmenge weiterer Gesichtspunkte, die sich für eine genauere theoretische und empirische Analyse anbieten, sollen noch einige genannt werden, zu denen schon erste Ergebnisse vorliegen: Zusammenhang zwischen Zielsetzung und Ausführung von Aufgaben (Aufgabenwichtigkeit und depressives Verhalten) (*Kanfer, Hagerman* und *Smith* 1983), der Einfluß von Selbstregulationsverhalten auf gleichzeitige kognitive Vorgänge (*Kanfer* und *Busemeyer* 1983); der Zusammenhang von altruistischem und depressivem Verhalten (*Kanfer* 1983) oder entwicklungspsychologische Aspekte im Selbstregulationsmodell (*Harter* 1982).

Weitgehend offen sind noch Fragen des Einsatzes unterschiedlicher, nicht speziell trainierter Selbstkontrollstrategien; die Bedeutung des sozialen Netzwerkes für die Entwicklung und Beibehaltung solcher Strategien; verschiedene individuelle Reaktionen auf Selbstbewertungs- und Feedbackvorgänge; das Paradoxon der Selbstkontrolle u. v. a. m.

In diesem Kapitel sollten ein paar Schlaglichter Einblick in aktuelle Forschungsfragen im Rahmen des Selbstmanagement-Konzeptes geben.

Literatur zu Kapitel 8

Bastine, R. et al. (Hrsg.), Grundbegriffe der Psychotherapie. edition psychologie, Weinheim 1982.

Kanfer, F. H., Altruism and depression, subm. f. publication (1983).

—, *Busemeyer, J.*, The effects of self-regulation on concurrent cognitive processing, subm. f. publication (1983).

—, *Hagerman, S.* und *Smith, J.*, Task relevance and depression, subm. f. publication (1983).

Karoly, P. und *Kanfer, F. H.* (Hrsg.), Self Management and Behavior Change. From Theory to Practice, Pergamon, New York 1982.

Kazdin, A. und *Wilson, T.*, Criteria for Evaluating Psychotherapy, *Archives for General Psychiatry*, 35 (1978) S. 407-416.

9. Fallbeispiel

In den vorausgegangenen Ausführungen wurde schon wiederholt auf verschiedene Einsatzmöglichkeiten von Selbstmanagement-Therapie bzw. kognitiver Verhaltenstherapie hingewiesen. In diesem Abschnitt soll nun die Anwendung von *Problemlösen und Ent-*

scheidungsfindung als therapeutische Methode anhand eines fiktiven Fallbeispiels erläutert werden.

Eine Demonstration gerade dieses Vorgehens erfolgt einerseits deshalb, weil es eine Methode der kognitiven Verhaltenstherapie ist, die in dieser speziellen Form noch relativ wenig in klassischen Lehrbüchern zu finden ist, andererseits deshalb, weil sie eine zentrale Stellung im Selbstmanagement-Ansatz einnimmt. Das Problemlösekonzept dient zum einen dem Therapeuten zur Strukturierung der Therapie und im Umgang mit Schwierigkeiten im Therapieverlauf, zum anderen (und das soll hier gezeigt werden) dem Patienten zur Bewältigung seiner Beschwerden und Probleme (vgl. Kap. 6.1.2).

Es sei nochmals betont, daß ein dynamisches Modell der Problemlösung und Entscheidungsfindung im Gegensatz zur klassischen Konzeption ein wiederholtes Durchlaufen des Problemlöse- und Entscheidungsprozesses postuliert, welches bestimmt wird durch die Rückmeldungen aus den früher gesetzten Handlungen und deren Bedingungsgefüge.

Wichtige Aspekte in dieser Neukonzeption sind:

1) Methoden zum frühen Erkennen von Problemsituationen
2) Repräsentation von Zielen mittels *Zielbäumen* (vs. Zielzuständen)
3) Repräsentation von Handlungssequenzen mittels Entscheidungsbäumen
4) Verwendung von Subzielen zur Generierung von Alternativen
5) Betonung der Flexibilität im Umgang mit wechselnden Bedingungen und Zielen
6) Methoden zur Evaluation von Entscheidungsbäumen
7) Hinweise für den Zeitpunkt der Beendigung des Suchens nach neuen Alternativen
8) Verpflichtung zu künftigen Plänen
9) Einsatz von Selbstkontrolle bei der Durchführung eines ausgewählten Plans
10) Bedeutung ständiger und zutreffender Rückmeldung für die Steuerung des Problemlöse- und Entscheidungsprozesses. (vgl. auch Kap. 6.1.2).

Zur Illustration einzelner Schritte dieses Vorgehens diene das Fallbeispiel einer Jurastudentin, die wegen Depression, Angst, Konzentrationsproblemen und Arbeitsunfähigkeit an einer Klinik vorstellig wird. Nach den ersten Gesprächen kommt der Therapeut zu dem Schluß, daß die Probleme der Patientin in Zusammenhang mit ihrer konfliktreichen Ehebeziehung stehen. Sie steht unter dem Druck ihres Gatten, sich entweder für Karriere oder Ehe zu entscheiden.

1) Erkennen des Problems:

Häufig werden Probleme erst deutlich, wenn der normale Ablauf des Verhaltens unterbrochen oder gestört wird, und dann bleibt oft keine Zeit mehr für effektives Problemlösen. Wenn die Patientin schon vor der Abschlußprüfung stünde und ihr Mann dabei mit Scheidung

drohte, hätte sie kaum mehr Möglichkeiten für einen Problemlöse- und Entscheidungsprozeß.

Es ist also wichtig, Warnsignale frühzeitig zu erkennen und über Entscheidungsregeln zu verfügen, wann darauf zu reagieren ist. Häufig wird ein Vergleich des Verhaltens mit sozialen Gruppen dem eigenen sonst üblichen Verhalten oder selbst gesetzten Standards herangezogen.

Vergleicht die Jurastudentin ihre für das Studium aufgebrachte Zeit mit der unverheirateter Studenten, wird sie u. U. feststellen, daß sie sich weniger häufig dem Studium widmet. Berücksichtigt sie nicht ihre zweifache Aufgabe der Ehe und des Studiums, wird sie durch diese Erkenntnis beunruhigt. Auch Vergleiche der gegenwärtigen Leistung mit der erwarteten oder durchschnittlichen früheren Leistung können zu Fehleinschätzungen führen. Ein langsames oder stetiges Absinken zeigt evtl. keine großen Diskrepanzen auf, und obwohl sich die Leistung ständig verschlechtert, wird kein Problem darin gesehen. Sind jedoch klar spezifizierte selbst gesetzte Standards als Maßstab vorhanden, kann der Fortschritt in Richtung Ziel sehr genau festgestellt werden.

2) Definition des Problems

Ausgangs- und Zielzustand bedürfen einer genauen Klärung, um eine Änderung planen zu können. Ist auch der Konflikt der Studentin deutlich, fällt es doch schwer, ein Ziel zu bestimmen: Sollte sie einen ausgezeichneten Studienerfolg anstreben oder eine perfekte Ehe oder einen Kompromiß mit mittelmäßigem Erfolg in beiden Bereichen?

Die Komplikation liegt in den zwei konfligierenden Zielen und deren Gewichtung, die sich mit der Zeit verändern kann. Formale Techniken helfen bei der Strukturierung des Problems:

Ein Ziel (objective) wäre, daß die Studentin ihre fachliche Kompetenz ständig vergrößert; ein Zielzustand dagegen würde z. B. durch eine bestimmte Anzahl von absolvierten Kursen pro Jahr beschrieben.

Sogenannte *Goal Trees* spalten globale Ziele wie Karriere oder Ehe in konkretere Teilziele auf (berufliches Ansehen, praktische Erfahrung, fachliche Kompetenz etc.).

Ein vorläufiger Zielzustand könnte für die Studentin folgendermaßen aussehen: den besten 20 % ihres Kurses angehören und gleichzeiti-

ges Aufrechterhalten der Beziehung zum Ehegatten, mit dem jeden Abend etwas Zeit und das gesamte Wochenende gemeinsam verbracht wird.

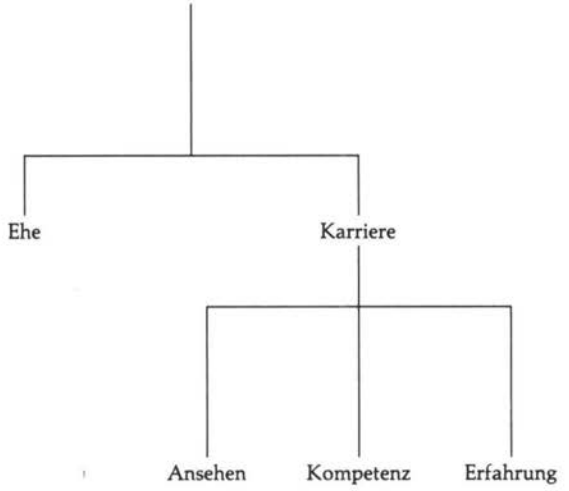


Abb. 1: Beispiel eines Goal Trees:
Das Oberziel Karriere wird hier in der ersten Stufe aufgegliedert in Ansehen, Kompetenz und Erfahrung.

Entscheidungsbäume dienen der Strukturierung des Übergangs vom Ausgangszustand in den Zielzustand. In einem Gedankenexperiment könnte die Studentin die beiden Alternativen und mögliche Konsequenzen durchspielen: Scheidung und volles Engagement im Studium; Erfolg oder Mißerfolg im Examen; Studienwechsel oder Jobsuche etc.

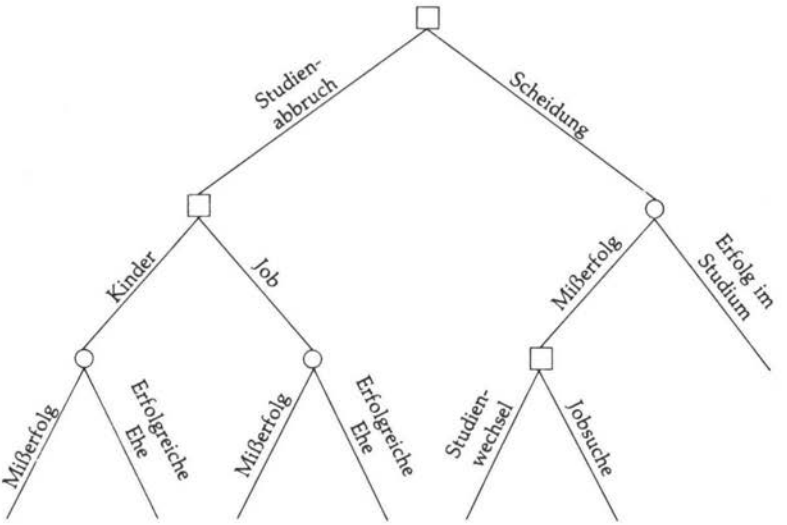


Abb. 2: Beispiel eines Entscheidungsbaumes

□ Wahlpunkte

○ Punkte der Unsicherheit (unbekanntes Ergebnis bestimmt den nächsten Schritt)

Zweige ausgehend von □ repräsentieren verschiedene mögliche Handlungen, von ○ verschiedene mögliche Ergebnisse.

3) Entwicklung von Alternativen

Eine heuristische Möglichkeit zur Auswahl von Subzielen (welche durch Brainstorming erarbeitet wurden) wäre die Ziel-Mittel-Analyse.

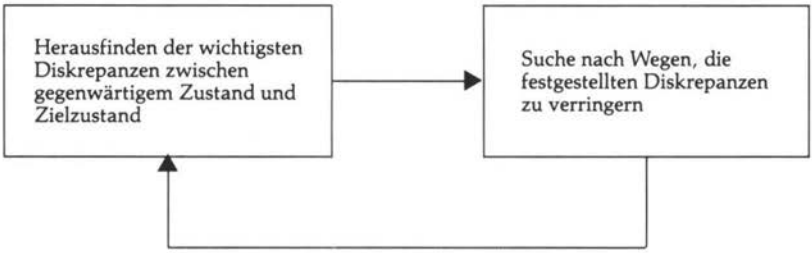


Abb. 3: Graphische Illustration der Ziel-Mittel-Heuristik

Auf unser Beispiel übertragen, würde sie sich folgendermaßen darstellen lassen: Angenommen die junge Frau studiert in den Nächten und während des gesamten Wochenendes, so wäre dies die Hauptdiskrepanz zwischen dem gegenwärtigen Zustand und dem früher geschilderten Zielzustand. Sie muß nun eine Möglichkeit finden, diese Zeit mit ihrem Mann zu verbringen und gleichzeitig eine angemessene Leistung im Studium zu erbringen; sie könnte z. B. sämtliche Kaffeepausen mit Kollegen streichen, um so mehr Studierzeit während des Tages zu gewinnen. Der Preis wäre allerdings soziale Isolation. Um dies zu vermeiden, müßte sie eine Lösung finden, daß sie trotz eingeschränkter Zeit mit den Kollegen den Kontakt zu diesen nicht verliert.

Auf diese oder ähnliche Weise kann versucht werden, sämtliche Schwierigkeiten aus dem Weg zu räumen.

Bei der Auswahl der Alternativen sollte auf möglichst große Flexibilität geachtet werden. Es ist also günstiger, an Stelle der beiden Alternativen Scheidung oder Beendigung des Studiums die Alternativen vorübergehende Trennung, vorübergehendes Aussetzen im Studium oder einen Kompromiß zu wählen, wodurch bedeutend mehr Möglichkeiten offen bleiben.

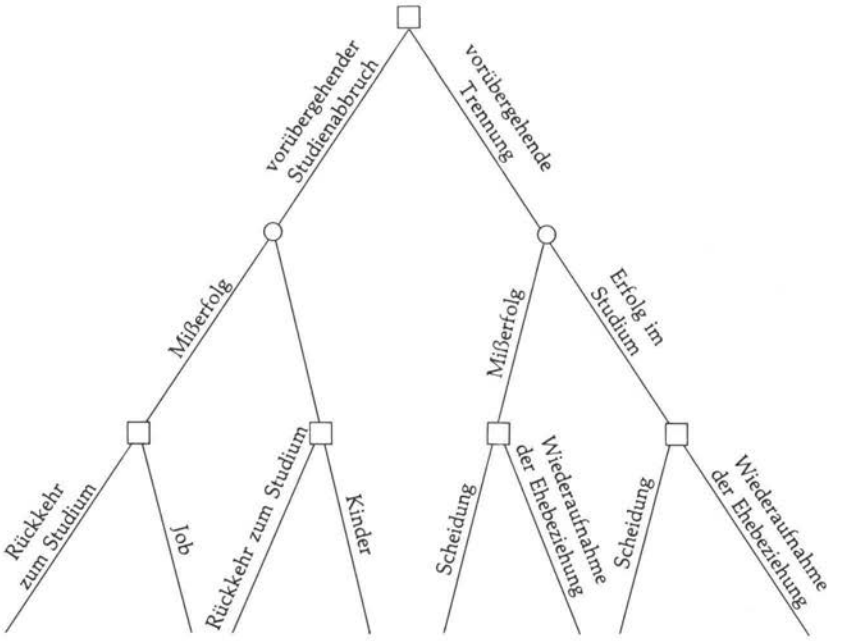


Abb. 4: Revidierter Entscheidungsbaum

4) Entscheidung

Zur Vereinfachung vorhandener Entscheidungsbäume ist es sinnvoll, diese im Verlauf des Entscheidungsprozesses zu „stutzen" (und zwar von den äußeren Zweigen her). Hat sich die Studentin für die vorübergehende Aufgabe des Studiums und die Konzentration auf die Ehe entschieden, kann die Alternative der Jobsuche vorerst gestrichen werden.

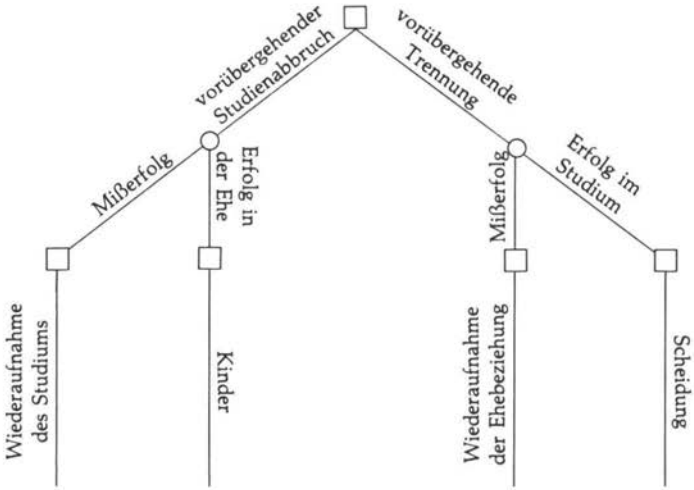


Abb. 5: Beispiel eines gestutzten Entscheidungsbaumes.

Die Frage, wie weit in die Zukunft eine Entscheidung gerichtet sein soll, läßt sich nicht einfach beantworten, da es sowohl für nur kurzfristige als auch für langfristige Entscheidungen Argumente gibt. Es scheint jedoch eine effektive Strategie zu sein, sich für eine Reihe von Handlungen in näherer Zukunft zu entscheiden und weiter entfernte Entscheidungen vorerst aufzuschieben, wobei jedoch immer evtl. zukünftige Konsequenzen einer Entscheidung berücksichtigt werden sollten.

5) Ausführungen

Um die Durchführung einer getroffenen Entscheidung zu erleichtern, ist es häufig notwendig, die Bedingungen dafür erst zu schaffen oder zu optimieren. Will die Studentin vorerst ihr Studium aufgeben, muß sie das auch ihren Kollegen mitteilen und darf sich nicht für Mitarbeit an Gruppenarbeiten etc. verpflichten. Auch müssen die Voraussetzungen für ein verstärktes Engagement in der Ehe gegeben sein (Zeit des Mannes, eigene Wohnung, finanzielle Sicherheit etc.).

6) Beurteilung

Die Bewertung getroffener Entscheidungen erfolgt kontinuierlich, wobei die Rückmeldungen bezüglich der Annäherung an den Zielzustand ausschlaggebend sind.

Literatur zu Kapitel 9

Kanfer, F. H. und *Busemeyer, J. R.*, The Use of Problem-Solving and Decision-Making in Behavior Therapy. *Clinical Psychological Review*, 1982, 2.

10. Kritische Reflexion

10.1 Ethische Gesichtspunkte

Selbstmanagement oder Selbstkontrolle als Therapiemethode sind, von der Ethik des Psychotherapeuten aus betrachtet, besonders attraktiv, weil scheinbar die volle Verantwortung und Entscheidung über das Therapiegeschehen in der Hand des Patienten liegt. Um sich diesbezüglich ein böses Erwachen (und evtl. Zweifel an der Integrität der eigenen Intervention) zu ersparen, muß man sich von vornherein zumindest drei Aspekte vor Augen führen: Ein zur befriedigenden Bewältigung gegebener Situationen notwendiges Ausmaß an *Selbst*kontrolle ist das Ziel der Therapie. Auf dem Weg dorthin übt der Therapeut jedoch mehr oder weniger deutliche, externe Kontrolle aus, indem er — um

nur einige Beispiel zu nennen — psychologische Techniken zur Förderung der Motivation einsetzt, Hausaufgaben gibt, selektive Informationen vermittelt oder ein bestimmtes Modell darstellt. Es liegt im Feingefühl und der ständigen verantwortlichen Reflexion des Therapeuten, das richtige Maß an Direktivität und Eingehen auf den Patienten zu finden und ständig auf die Übernahme der Verantwortlichkeit und Kontrolle durch den Patienten hinzuarbeiten.

Ein zweiter Punkt, den es in der Diskussion um die Ethik dieser Therapieform zu berücksichtigen gilt, betrifft den möglichen Therapiemißbrauch. Ähnlich wie in anderen Disziplinen kann die Wissenschaft solche ethischen Fragen nicht beantworten (vgl. Postulat der Wertfreiheit von Wissenschaft). Die Psychologie entwickelt therapeutische Methoden, zeigt Änderungsmöglichkeiten und Änderungsmechanismen auf, kann aber keine Vorschriften über die Anwendung dieses Wissens machen (weder einem Therapeuten noch einem Klienten). Die Gefahr eines Mißbrauchs (z. B. unverantwortliche Manipulation) steigt mit der Effektivität vorhandener Methoden, und vielleicht aus diesem Grund wird der Verhaltenstherapie häufig der Vorwurf gemacht, diese sei eine in- und antihumanistische Therapiemethode (vgl. dazu bes. Kap. 2,3 und 5).

Ein dritter kritischer Punkt des Selbstmanagement-Konzeptes betrifft die selbst empfundene Kompetenz des Patienten (*perceived control*) als Schlüssel für den Therapieerfolg. Der Klient wirkt aktiv mit bei der Bestimmung der Therapieziele und der Methoden zur Erreichung dieser Ziele und bei der Bewertung von Veränderungen. Er wird vom Therapeuten auf diese Entscheidungen vorbereitet. Zudem versucht der Therapeut, dem Patienten die Vorteile einer Veränderung (in Richtung vermehrte Selbstkontrolle) klarzumachen, und hilft ihm, neue Strategien zur selbständigen Übernahme der Kontrolle zu erwerben. Es wird allgemein angenommen, daß die Freiheit zur Entscheidung über eigenes Handeln motivierend wirkt. Ist das Streben nach Freiheit aber tatsächlich eine menschliche Eigenschaft oder ist es von sozialen Bedingungen abhängig? Es gibt Hinweise darauf, daß *freedom of choice* auch negative Konsequenzen haben kann (z. B. Senkung der Motivation), was nicht verwundert, wenn man berücksichtigt, daß die Erfahrung, frei zu sein, häufig bestraft wird und Freiheit oder Selbstverantwortung oft Konflikte und Angst bedeuten.

10.2 Methodologische Gesichtspunkte

Aus methodologischer Sicht ergeben sich einige Kritikpunkte, die sowohl die Verhaltenstherapie allgemein als auch den Selbstkontrollansatz betreffen:

1) Verhaltenstherapie wurde und wird oft als Anwendung der Verhaltenstheorie bezeichnet, was wissenschaftstheoretische Probleme aufwirft (z.B.: eine Theorie geht von idealisierten Bedingungen aus, die Bedingungen in der Therapie unterscheiden sich davon). Ebensowenig kann man im Selbstmanagement von einer Anwendung kognitiver Theorien sprechen.
2) Verhaltenstherapie beruft sich auf behavioristische Grundannahmen. Besonders bei den Weiterentwicklungen aus der klassischen Verhaltenstherapie stellt sich die Frage, ob diese behavioristischen Grundlagen weiterhin eingehalten werden.
3) Sind es tatsächlich die beschriebenen, verhaltenstherapeutischen Methoden, die zu effektiven therapeutischen Veränderungen führen, oder sind es vielleicht nicht-spezifizierte oder gar nicht in der Verhaltenstherapie „zugelassene" Methoden?
4) Bezüglich der Bewertung des Ansatzes stellen sich einerseits allgemeine Probleme der Überprüfbarkeit und Bestätigung theoretischer Sätze und andererseits konkrete Fragen, wie die der Adäquatheit von Einzelfallstudien als Evaluationsmethode (vgl. *Reinecker* 1978).

Wenn auch der Selbstmanagement-Ansatz kein problemloses Allheil- oder Wundermittel darstellt, so ist er doch ein vielversprechender Versuch, die Reichweite und Effektivität von Psychotherapie zu vergrößern und einen kleinen Beitrag zum Verstehen menschlichen Verhaltens in seinem historischen und sozialen Kontext zu liefern (*Karoly* und *Kanfer* 1982).

Fragen der Definition, der kognitiv-behavioralen Integration oder der differentiellen Indikation gilt es sowohl theoretisch als auch praktisch weiter zu klären.

10.3 Zusammenfassung

1) Während der Therapeut den Patienten *Selbstkontrolle* lehrt, übt er in einem immer geringer werdenden Maß therapeutische *Fremdkontrolle* aus.
2) Selbstmanagement bzw. Selbstkontroll-Therapie bietet per se keine Garantie gegen *Therapie-* bzw. *Machtmißbrauch*.
3) Die in der Selbstkontroll-Therapie angestrebte *Freiheit zur Entscheidung* über eigenes Handeln kann u.U. auch negative Konsequenzen für den Patienten mit sich bringen (z.B. Angst, Unsicherheit).

4) Therapeutische Erfolge des Selbstmanagement-Ansatzes dürfen nicht dazu führen, *methodologische* und *wissenschaftshteoretische Fragen* außer acht zu lassen. Eine ständige Auseinandersetzung mit den praktischen und theoretischen Problemen ist notwendig, um eine wissenschaftlich fundierte Weiterentwicklung zu gewährleisten.

Literatur zu Kapitel 10

Karoly, P. und *Kanfer, F. H.*, Self-Management and Behavior Change. New York: Pergamon 1982.

Reinecker, H., Selbstkontrolle: Verhaltenstheoretische und kognitive Grundlagen, Techniken und Therapiemethoden, Otto Müller, Salzburg 1978.

—, Grundlagen und Kriterien verhaltenstherapeutischer Forschung, Habilitationsschrift, Salzburg 1980.

Westmeyer, H. und *Hoffmann, N.* (Hrsg.), Verhaltenstherapie. Grundlegende Texte, Hoffmann & Campe, Hamburg 1977.

11. Zusammenfassung

An dieser Stelle soll nochmals ein ganz kurzer Überblick über entscheidende Beiträge *Kanfers* zur Weiterentwicklung psychotherapeutischer Theorie und Praxis gegeben werden.

11.1 Klassisches Selbstkontrollkonzept

Selbstkontrollverhalten bedeutet eine Änderung der Auftrittswahrscheinlichkeit problematischen Verhaltens durch selbsterzeugte Reize und Reaktionen (kontrollierte vs. kontrollierende Verhaltensweisen). Eine Unterbrechung des normal ohne bewußte Steuerung ablaufenden Verhaltens durch eine bestimmte Konfliktkonstellation setzt die Stufen des Selbstregulationsprozesses in Gang. Selbstbeobachtung des eigenen Verhaltens, Selbstbewertung (Vergleich mit den Verhaltensstandards) und Selbstverstärkung ermöglichen in der Folge adäquatere Reaktionen. Während der Verhaltensänderung bedarf es oft (motivationaler) Unterstützung durch äußere Instanzen (z.B. Therapeut), da biologische Faktoren und Umwelteinflüsse das selbstkontrollierende Verhalten sowohl erschweren als auch erleichtern können. Selbstkontrollverhalten wird dann nicht mehr notwendig, wenn die gesamte Situation (bzw. die Verhaltensmuster) in Konfliktsituationen verändert sind (z.B. kein Rauchen oder Essen mehr auf bestimmte externe Stimuli hin).

Eine wichtige Unterscheidung in diesem Konzept betrifft die Entscheidung zur Selbstkontrolle und die anhaltende, fortdauernde

Selbstkontrolle. Hat sich im ersten Fall die Person für eine der zur Verfügung stehenden Wahlmöglichkeiten entschieden, erfolgt der weitere Ablauf vornehmlich ohne eigene Kontrolle. Die kontrollierende Reaktion betrifft also nur die Entscheidungssituation (vergleichbar mit dem Entschluß zu einer Operation). Der zweite Fall betrifft die andauernde Selbstkontrolle, bei der die Person ununterbrochen in der Konfliktsituation verbleibt und die kontrollierenden Verhaltensweisen über einen langen Zeitraum hinweg aufrechterhalten bleiben müssen, um die Auftrittswahrscheinlichkeit des kontrollierten Verhaltens entsprechend zu verringern (z.B. eine Abmagerungskur).

11.2 Erweiterung des Konzeptes

Variationen des Grundmodells sind charakterisiert durch die unterschiedliche Betonung kognitiver, vermittelnder und externer Faktoren. Kognitive Faktoren betreffen Aufmerksamkeit, Problemlösestrategien, Entwicklung von Plänen etc., die externen hingegen die Abfolge neu angeeigneter operanter Verhaltensweisen.

Weitere Aspekte eines leicht revidierten Modells:

— Bedeutung der Fähigkeiten, Fertigkeiten und Erfahrungen des Menschen im Umgang mit verschiedenen kontrollierenden Verhaltensweisen (Bewältigungsstrategien);
— das unterschiedliche Ausmaß der Umweltunterstützung in der Entwicklung und Aufrechterhaltung von Selbstkontrollverhalten;
— die spezifische Motivation für ein bestimmtes Ziel;
— die Bedeutung des kontrollierten Verhaltens und der erreichten Selbststeuerung für das Selbstbild;
— die reziproke Interaktion zwischen Umwelt, biologischen und selbsterzeugten (selbstbewirkten) Faktoren.

11.3 Determinanten des Verhaltens

Kanfer vertritt eine multiple Determination von Verhalten auf der Basis einer kognitiv-sozialen Lerntheorie, in der neben externen Determinanten den verdeckten Vorgängen und selbstbestimmten Verhalten eine ebenso wichtige Rolle zukommt.

Drei Gruppen von Variablen, die sowohl einander als auch das individuelle Verhalten in ständig wechselndem Ausmaß beeinflussen, werden unterschieden:

(1) Alpha-Variablen — unmittelbare situationale Bedingungen;
(2) Beta-Variablen — psychologische (internale) Ereignisse, welche als Hinweisreize oder als verstärkende Reize (unabhängig von situationalen oder biologischen Reizen) dienen können;

(3) Gamma-Variablen — biologische Bedingungen, welche als „Hintergrundvariablen" die Funktionen anderer Variablen verändern können.

11.4 Diagnostischer Ansatz

Kanfer und *Saslow* prägten ein diagnostisches Modell von weitreichender Bedeutung (insbesondere für die Verhaltenstherapie). Dieses Modell umfaßt die Analyse der jeweiligen Problematik, Methoden zur Gewinnung von Analysedaten, eine Zielanalyse und Hinweise für die Behandlung (inklusive Erfolgskriterien). Die drei entscheidenden Fragen, die im Laufe der Diagnostik zu beantworten sind, betreffen:

1) die Auswahl und Präzisierung des zu verändernden Verhaltens;
2) die Bedingungen für das Entstehen und die Aufrechterhaltung des Problemverhaltens;
3) die Möglichkeit(en) einer Änderung des Problemverhaltens.

Zur funktionalen Analyse des Verhaltens dient die sog. Verhaltensformel mit den Gliedern S (Stimulus), O (Organismus), R (Reaktion), C (Konsequenz) und K (Kontingenzverhältnis).

11.5 Modell des therapeutischen Prozesses

Kanfer und *Grimm* entwickelten ein Stufenmodell zur Durchführung therapeutischer Veränderung, das ein Grundgerüst für therapeutische Intervention darstellt. Die sieben Stufen des Modells bauen aufeinander auf, greifen ineinander über und können — zur Gänze oder teilweise — mehrmals durchlaufen werden. Die Hauptinhalte dieser Stufen sind folgende:

1) Rollenstrukturierung mit Aufbau einer therapeutischen Gemeinschaft
2) Verpflichtung und Vornahme einer Veränderung („motivation to change")
3) Verhaltensanalyse
4) Vereinbarung von Behandlungsinhalten
5) Durchführung des Treatments und Aufrechterhaltung der Motivation
6) Registrieren und Bewerten des Fortschritts
7) Generalisierung und Beendigung der Therapie

Effektive Methoden, die im Selbstmanagement zum Einsatz kommen, sind u. a. Selbstbeobachtung, Eigenverträge, Selbstverstärkung, Selbstinstruktion, selbstentwickelte Stimuluskontrolle, Methoden der

verdeckten Konditionierung, selbstgeleitete Desensibilisierung, Bewältigungs-, Problemlöse- und Entspannungstraining.

Die Planung der Generalisierung eines Therapieerfolgs ist ein ganz wesentlicher (und teilweise neuer bzw. bisher wenig berücksichtigter) Aspekt im therapeutischen Konzept *Kanfers*.

Ebenfalls hervorzuheben sind eine praktische Auseinandersetzung mit Phänomenen des Widerstands, genaue Hinweise zu Therapeutenverhalten und Rollenklärung zwischen Patient und Therapeut.

Die Forschung zur Selbstkontrolle hat dazu beigetragen, daß Grenzen außengesteuerter Verhaltensmodifikationsprogramme klar wurden und daß man die Bedeutung, daß sich der Klient selbst als derjenige sieht, der verantwortlich für eine Veränderung ist, hervorhob.

Therapeutische Gemeinschaften
Das Heil in der Gruppe

Gernot Vormann

1. Definition des Verfahrens

Die therapeutische Gemeinschaft ist einer von vielen sog. milieutherapeutischen Ansätzen, die ihr Hauptaugenmerk auf interindividuelle Phänomene legen aufgrund der Erkenntnis, daß das menschliche Verhalten maßgeblich durch soziale Interaktionsstrukturen im engeren und weiteren Bezugsfeld des Individuums determiniert wird. Milieutherapie will unter dem Ziel der Erhaltung oder Wiedererlangung der Kompetenz, so weit wie möglich eigenständig am gesellschaftlichen Leben teilnehmen zu können, ein umfassendes therapeutisches Setting bereitstellen, in dem in optimal realistischer Weise komplizierte soziale Vorgänge eingesetzt werden (*Finzen* 1978).

In der therapeutischen Gemeinschaft wird der Gemeinschaftsgedanke, der alle Beteiligten als Partner im therapeutischen Prozeß sieht, betont sowie der Gruppendynamik sehr große Beachtung geschenkt.

Innerhalb der Gemeinschaft werden traditionelle Rollenunterschiede zwischen Personal und Patienten sowie der Mitarbeiter untereinander weitgehend abgebaut bzw. auf die funktionale und persönliche Kompetenz reduziert. Wesentlich ist die Überzeugung, daß in jedem Menschen ein therapeutisches Potential steckt, das er für sich und andere nutzbringend anwenden kann.

Die therapeutische Gemeinschaft ist *per se* auf Gruppen bezogen, verläßt also den Rahmen der traditionell dyadischen Psychotherapien. *Jones* (1976a) hält sie strenggenommen auch nicht für eine eigenständige psychotherapeutische Methode. Sie bestimmt nur neue Wege des Zusammenwirkens von Patienten und Personal und kann in ihrer Ausrichtung von z. B. psychoanalytischen, verhaltenstherapeutischen, psychodramatischen, gestalttherapeutischen, arbeitstherapeutischen oder soziotherapeutisch-pädagogischen Methoden geprägt sein. Allerdings kommt dem gemeinschaftlichen Leben an sich schon therapeutische Bedeutung zu (*Kayser u.a.* 1973; *Krüger* 1979).

Zusammenfassend läßt sich die therapeutische Gemeinschaft von ihrer Absicht her als demokratisch, permissiv, offen und problemzentriert charakterisieren (*Rapoport* 1960).

Anders als in den meisten anderen therapeutischen Schulen gibt es in der therapeutischen Gemeinschaft nicht *den einen* Begründer, der eine einheitliche Definition und Theorie des Verfahrens vorlegte. Der Begriff selbst, der nach *Vormann, Heckmann* (1980) von *Moreno* (1935) geprägt, dann von *Main* (1946) in der Beschreibung seines therapeutischen Ansatzes im Northfield Hospital für die psychiatrische Behandlung eingeführt wurde und den *Jones* (1952) aufgriff und bekannt machte, ist eigentlich sehr unbestimmt. Im Laufe der Jahre wurde der Begriff immer populärer — wohl auch weil er Vorstellungen von Brüderlichkeit, Demokratie, Geborgenheit und Angenommensein weckte und auf die Erfüllung solcher Wünsche hoffen ließ (*Hilpert, Schwarz* 1981) und die Hoffnung weckte, viele der festgestellten Widersprüche der institutionellen Psychiatrie zu lösen (*Schittar* 1971), und deshalb viele in ihrer Einrichtung eine solche Gemeinschaft verwirklichen oder zumindest als Aushängeschild verwenden.

Wegen der inflationären Begriffsverwendung wurde der Inhalt immer unklarer, so daß *Cumming, Cumming* (1962) feststellen mußten, die Bezeichnung „therapeutische Gemeinschaft" besage überhaupt nichts mehr bzw. habe in einer Verwässerung seine Bedeutung verloren. *Main* (1982) klagt: „Ganz verschiedene Situationen und Einrichtungen werden mit diesem Begriff belegt: ein westafrikanisches Yorubadorf, die Schule, die Kirche, das Gefängnis, Erziehungsanstalten, kommunale Hilfsprogramme, Krankenhäuser, Aufnahmestationen, Alterspflegeheime, die Welt usw.". Es hat deshalb etliche Versuche der Präzisierung gegeben, in denen Grundprinzipien der therapeutischen Gemeinschaft aus einer Zusammenschau verschiedener Ansätze herausgearbeitet wurden (z. B. *Clark* 1964; *Krüger, Veltin, Zumpe* 1973; *Karasu et al.* 1977; *Krüger* 1979; *Hilpert, Schwarz* 1981).

2. Geschichte

2.1 Vorläufer

Der Gemeinschaftsgedanke in der Behandlung Kranker, Gestörter oder Auffälliger, die nicht voll am gesellschaftlichen Leben teilnehmen konnten oder wollten, ist sicher keine Erfindung der Neuzeit oder gar unseres Jahrhunderts. Wir finden ihn in früheren philosophischen Schriften, wie z. B. *Platons* ‚Der Staat' oder *Bacons* ‚Der utopische

Staat' oder in der selbstverwalteten Kolonie für Geistesgestörte in Gheel in Belgien im 13. Jahrhundert (*Kilgour* 1936).

Levy u.a. (1977) halten die Bewegung des *Moral Treatment* im 18. und 19. Jahrhundert für einen Vorläufer der therapeutischen Gemeinschaft. Dieses basierte „auf der Konzeption, das psychisch Kranke auf keinen Fall völlig unempfindlich für Einflüsse sind, die das Verhalten gesunder Menschen bestimmen" (*Rossi* 1973). *Pinel* und *Tuke* können als Hauptvertreter dieser Richtung angesehen werden (s. *Dörner* 1975). Ihnen galt der Kranke als normaler Mensch, der infolge psychischer und sozialer Streßerlebnisse seine ‚Vernunft' verloren hatte. Ihr Ziel war die Umerziehung des Verhaltens des Kranken in einer „sympathischen" sozialen Umgebung durch Diskussion seiner Probleme und ein Angebot an sinnvollen Aktivitäten" (*Rebell* 1976). *Goldberg* (1980) vertritt die Auffassung, daß die Fortschritte im Umgang mit den Geisteskranken nicht nur auf vermehrte Erkenntnisse der Faktoren, die die Krankheit verursachen oder unterstützen, beruhten, sondern ganz wesentlich auf der Sozialphilosophie dieser Zeit, dem Humanismus, nach dem jeder Mensch von Gott das Recht erhalten habe, frei zu sein. Zu dieser Zeit wurden die körperlichen, seelischen, geistigen und sozialen Gründe für Krankheiten gleichzeitig gesehen. Der Niedergang dieser ganzheitlichen Betrachtungsweise im Verlauf des 19. Jahrhunderts ist im Zusammenhang zu sehen mit den Fortschritten in Naturwissenschaften, der Technik und Medizin. So mehrte sich die Überzeugung, daß Krankheiten des Menschen, auch die seines Geistes, somatischen Ursprungs seien. Das sog. medizinische Modell grenzte das soziale Umfeld als störend aus und beschränkte sich auf den eingegrenzten Rapport zwischen Arzt und Patient. Darüber hinaus wurde versucht, die Beziehungen zwischen Patienten zu unterbinden, da sie, wie bei ansteckenden Krankheiten, zu Verschlechterungen des Krankheitszustandes der einzelnen führen würden. Dazu mehrte sich die Überzeugung, daß Geisteskrankheiten und Kriminalität ererbte oder erworbene somatische Krankheiten seien, die nicht heilbar wären. Deshalb war eine dauerhafte Ausgrenzung in Anstalten erforderlich. Dieses somatische Krankheitsmodell entlastete zwar den Einzelnen von einer moralischen Verurteilung, schob aber die Auffassung von der individuellen Verantwortlichkeit eines Menschen für sein Tun nahezu beiseite.

Die somatogene Betrachtungsweise hat mit ihrem „Konzept der kustodialen Fürsorge für stationär behandelte Patienten eine Atmosphäre von Passivität und Abhängigkeit begünstigt." (*Levy u.a.*, 1977). Nach *Dörner, Plog* (1978) hat darüber hinaus die industrielle

Revolution im 19. Jahrhundert mit ihrem Zwang zur rationellen wirtschaftlichen Produktion die Ausgrenzung nicht-funktionierender Mitbürger in Verwahranstalten gefördert. Eine Reintegration wurde wegen des therapeutischen Pessimismus nicht für möglich und sinnvoll gehalten. Eine stärkere Wiederbesinnung der sozialen Ursachenaspekte setzte mit dem Bekanntwerden der Arbeiten von *Freud* über die Genese psychischer Störungen ein. Insbesondere mit Hilfe der von ihm entwickelten Psychoanalyse gelang es, zahlreiche Geistesstörungen besser zu erklären (*Obiols* 1978). *Cooper, Kunze* (1983) sind der Meinung, daß die sozialen Aspekte in der Psychiatrie schon länger berücksichtigt wurden, da sich z. B. *Voss* 1913 bei der Zusammenfassung der Bedeutung sozialer Faktoren für psychische Erkrankungen schon auf eine ausgedehnte Literatur stützen konnte. In den Jahren nach dem Ersten Weltkrieg verstärkte sich das Interesse an sozialen Bedingungen erheblich, führte zu entsprechenden empirischen Untersuchungen und zu Versuchen, *Freuds* Konzepte und soziologische Theorien zu verbinden (z. B. *Horney* 1939). *Sullivan* (1931), der an der psychiatrischen Klinik Chestnut Lodge, USA, arbeitete, sah solche Institutionen als „Schule der Persönlichkeitsentwicklung" und nicht als „Verwahrort persönlichen Versagens" an. Seine Studie über „institutional therapy" befaßte sich mit der Schaffung eines „therapeutischen Milieus" und betonte die Bedeutung der gesamten Institution für die Heilung der Patienten und deswegen die Wichtigkeit psychosozialer Faktoren und zwischenmenschlicher Beziehungen. *Myerson* (1939) führte die als „total push" bezeichnete Vorgehensweise zur Aktivierung chronisch Schizophrener ein. *Simon* (1929) führte in den zwanziger Jahren am psychiatrischen Krankenhaus Gütersloh die gestufte, aktive Arbeitstherapie ein. Er betonte die Notwendigkeit einer Zusammenarbeit der Therapeuten und der Einbeziehung von Umweltfaktoren. Nach *Rees* (1957) sind die ersten Versuche von therapeutischen Gemeinschaften, die *Main* (1946) und *Jones* (1952) unternahmen, ganz deutlich von *Simon* beeinflußt. In der Sowjetunion nahm in den frühen Revolutionsjahren die Psychiatrie bereits einen Weg, der von dem in den westlichen Industrienationen noch vorherrschenden Kustodialismus abwich. Die Betonung der Kollektivität und die Überzeugung, daß der Mensch Produkt der ihn umgebenden gesellschaftlichen Verhältnisse sei, führte zu aktivierenden, arbeitsbezogenen Gemeinschaftsansätzen in den psychiatrischen Anstalten. Die therapeutischen Lehren und Methoden waren nach *Ploeger* (1983) von der marxistischen Gesellschaftslehre, von der Lehre der bedingten Reflexe *Pawlows* und der ‚objektiven Psychologie' *Bechterews* geprägt und betonten den Aspekt der Reedukation.

2.2 *Die Anfänge*

Die „Wiege" der therapeutischen Gemeinschaft im engeren Sinne stand im Northfield Hospital in England.

Zwar hatte schon vorher, Anfang der 30er Jahre, *Moreno* in den USA versucht, in der Hudson-School für Schwererziehbare (s. *Moreno* 1936) und im Sing-Sing (*Within* 1932) gemeinschaftstherapeutische Ansätze zu realisieren, die er „therapeutic community" nannte, doch blieben diese Arbeiten weitgehend unbekannt (*Vormann, Heckmann* 1980).

1946 berichtete *Main* in einer Sondernummer des „Bulletin of the Menninger Clinic", die eine Übersicht über die Entwicklungen der britischen Nachkriegspsychiatrie geben wollte, über die Arbeit der „Northfield-Gruppe" (zu der u.a. *Bion, Rickman, Foulkes* und *Main* gehörten) unter dem Titel „The Hospital as a Therapeutic Institution". Es handelte sich um das damals größte britische Militärkrankenhaus für kranke Soldaten. Dort hatten *Bion* und *Rickmann* 1943 begonnen, ihre Patientengruppe (neurotische Soldaten) nach gemeinschaftlichen Gesichtspunkten zu organisieren, Diskussionsgruppen eingerichtet und die Patienten an der Abteilungsverwaltung beteiligt. Sie versuchten, die Patienten nicht als primär Kranke und Verantwortungsunfähige zu sehen, sondern appellierten an ihre Verantwortlichkeit für sich selbst und ihre Gruppe. „Zu dieser Zeit war Northfield keine therapeutische Gemeinschaft, sondern nur eine Gemeinschaft, in der therapeutisch gearbeitet wurde, hauptsächlich in Gruppen" (*Main* 1981). Man ging zunehmend dazu über, alle Probleme — auch sogenannte Sachprobleme — im Gruppenkontext zu besprechen, und fand fast „regelmäßig, daß zwischenmenschliche Spannungen innerhalb der Gruppe hinter einem sogenannten Sachproblem verborgen lagen (...)" (*Main* 1946). Den Beteiligten wurde immer deutlicher, daß alle Teilbereiche des Krankenhauses, so auch Verwaltung, militärische Leitung, flankierende Dienste, das Klima beeinflußten. Um diese Einflüsse transparenter zu machen, wurden gemeinsame regelmäßige Gruppenbesprechungen zwischen Patienten und Personal eingeführt, um in direkter Kommunikation alle betreffenden Vorgänge zu besprechen und bewußte oder unbewußte psychodynamische Bestandteile aufzuhellen. Das Northfield-Experiment stand durch ihre Begründer ganz deutlich in psychoanalytisch geprägter Tradition, anders als die Arbeiten von *Maxwell Jones,* der sich zwar kurzfristig einer psychoanalytischen Ausbildung bei *Melanie Klein* unterzog, aber doch mehr von *Moreno* beeinflußt war (s. Z. *Moreno* 1966) und mit einer modifizierten Form

des Psychodrama arbeitete. Ihm war 1941 die Leitung der Abteilung Mill Hill des Maudsley Hospitals London übertragen worden. Dort befanden sich 100 Soldaten, die an Herzneurosen litten. Ihnen wurden in gemeinschaftlichen, vorwiegend pädagogisch orientierten Versammlungen Vorträge über die Symptome und mögliche Ursachen gehalten. Diskussionen schlossen sich an. Es wurde die Erfahrung gemacht, daß der gemeinschaftliche Erfahrungsaustausch viel dazu beitrug, dem Einzelnen den Mechanismus der Symptombildung einsichtig werden zu lassen. Nach und nach übernahmen anstelle von Mitarbeitern erfahrene Patienten die Schulung der neueren. „Die Belastung des Personals nahm ab, und die meisten von uns erkannten — vielleicht zum ersten Mal — die potentielle Macht einer Gruppe von gleichgestellten Patienten" (*Jones* 1976a).

1945 schloß sich für *Jones* die Leitung der Dartfort Krankenstation mit 300 Betten an für psychisch gestörte Kriegsheimkehrer. Auch hier wurde versucht, Diskussions- und Arbeitsgruppen zu bilden. Dazu wurden Untergruppen von 50 Patienten gebildet, die gemeinsam ihre Situation besprachen und versuchten, zusammen Lösungen anzugehen. 1947 übernahm er die Leitung der Abteilung für industrielle (und dann soziale) Rehabilitation in Belmont (später Henderson Hospital genannt) für charaktergestörte Patienten beiderlei Geschlechts; diese Einrichtung wurde weltweit als therapeutische Gemeinschaft bekannt. In ihr und mit sozial unangepaßten, stark auffälligen Patienten („Außenseiter der Gesellschaft") entwickelte sich das, was *Jones* als erste therapeutische Gemeinschaft ansieht. Von vornherein wurden die Patienten darauf hingewiesen, daß der Erfolg der Behandlung ganz stark von ihren eigenen Bemühungen abhinge. Es wurde Arbeitstherapie in Gruppen betrieben, nach „Feierabend" wurde in einer gemeinsamen Rückschau das Verhalten von Mitpatienten besprochen, um eine pädagogische Verhaltenskorrektur zu erreichen. Als Kernstück galt die tägliche Gemeinschaftsversammlung aller Mitarbeiter und Patienten. „Dies war der Ort, wo die Gemeinschaft Erfahrungen austauschte, Probleme erkannte, Prioritäten festlegte und sich mit schwierigen Problemen der Patienten und des Personals auseinandersetzte" (*Jones* 1976a). Daran schloß sich noch die Nachbesprechung des Personals an, in der die Mitarbeiter die Vorgänge in der vorangegangenen Versammlung für die gesamte Gruppe und für einzelne Patienten herauszuarbeiten suchten, aber auch die Bedeutung für die Reaktion der einzelnen Teammitglieder. Dies alles sollte über offene, authentische Begegnung aller zu Veränderungen von Attitüden und Verhaltenswei-

sen durch Lernen durch Einsicht — analog der Theorie des Lernens der Gestaltpsychologie — führen.

Jones nennt dies „soziales Lernen", das er für den zentralen Wirk- und Entwicklungsfaktor der therapeutischen Gemeinschaft hält.

In dieser Klinik wurde versucht, eine stützende, konstruktive Umgebung zu schaffen, indem abweichendem Verhalten permissiv begegnet wurde. Die Mitarbeiter versuchten, mit den Patienten als Personen zu interagieren und falsche Autorität, die an Berufsrollen gekoppelt war, fallenzulassen. Das Ergebnis war eine Zunahme von Vertrauen in der Klinik und stärkere, aktive, selbstverantwortliche Teilnahme der Patienten am therapeutischen Geschehen. Seit 1959 hat *Jones* am Aufbau verschiedener therapeutischer Gemeinschaften in Großbritannien und den USA mitgewirkt. Für die spätere Entwicklung der therapeutischen Gemeinschaften, insbesondere derer, die mit Süchtigen arbeiten, ist noch die Arbeit einer anderen Einrichtung von großer Bedeutung, nämlich *Synanon*, 1958 von *Dederich* als Lebensgemeinschaft insbesondere Drogenabhängiger auf Selbsthilfebasis in Santa Monica, Kalifornien gegründet.

Dederich war Alkoholiker und bei den Anonymen Alkoholikern (AA) trocken geworden, einer Selbsthilfegemeinschaft, die aus der Tradition der Oxford-Gruppen, einer religiösen Erweckungsbewegung in den USA, kommt (*Glaser* 1964). Grundgedanke der AAs und von Synanon ist, daß der Süchtige eines radikalen Wandels seines Lebens bedarf. Dazu muß er rückhaltlos sein bisheriges Leben offenlegen, sich unter die Autorität von Fähigen stellen, ein neues, gutes Leben beginnen und aufbauen und nach Anweisungen handeln, selbst dann, wenn er den Sinn der Vorschriften nicht einsieht.

Synanon arbeitete ohne Professionelle, wenngleich auch Einflüsse von solchen wie *Yablonsky* , einem Schüler *Morenos* anzunehmen sind, da er einige Zeit als Berater fungierte, oder *Deissler*, einem deutschen Arzt. Synanon wird in mehreren Büchern ausführlich beschrieben: *Casriel* (1963), *Yablonsky* (1965) und *Endore* (1968). Auf diesem Modell aufbauend, entstanden in den USA weitere therapeutische Gemeinschaften, die aber Selbsthilfe und den Einsatz von Professionellen zu kombinieren suchten, so *Daytop, Phoenix-House, A.R.E.B.A., Odyssee* u. v. a. m. (ausf. siehe *Petzold* 1974a). Diese Ansätze weichen zum Teil erheblich in einigen Punkten von den Grundzügen der therapeutischen Gemeinschaft ab, wie sie als Gegenbewegung zur autoritären traditionellen Psychiatrie entstanden war. *Clark* (1977a) schreibt dazu: „Sie sind Gemeinschaften und sie sind therapeutisch, aber sie geben nicht vor, therapeutische Gemeinschaften im von *Maxwell Jones*

beschriebenen Sinne zu sein". Sie betonen Strenge und Hierarchie gegenüber Permissivität und Demokratie, wenngleich die Hierarchie für jeden durchlässig ist und durchaus ein tieferes Verständnis für abweichendes Verhalten besteht. Von diesen amerikanischen Vorbildern wurden die therapeutischen Gemeinschaften für Drogenabhängige in Westeuropa, insbesondere in England, den Niederlanden und der Bundesrepublik Deutschland entscheidend geprägt. Weitere maßgebliche Einflüsse gingen nach *Vormann, Heckmann* (1980) aus von:

1. Studenten, die Erfahrungen mit libertinären Alternativen zur bürgerlichen Kleinfamilie in Wohngemeinschaften und Kommunen gewonnen hatten;
2. Erziehern und Sozialarbeitern, die sich im Rahmen der Heimkampagne für Jugendwohngemeinschaften einsetzten, wobei die Rezeption sozialistischer Pädagogen der Weimarer Zeit (*Hoernle, Rühle, Kanitz*), sowie der Kollektiverziehung *Makarenkos* eine Rolle spielte;
3. Ärzten und Psychologen, die sich in ihrer Praxis mit den Vorstellungen der Anti-Psychiatrie (*Laing, Cooper, Basaglia*) auseinandersetzten;
4. Theologen, die wieder stärker den sozialen Auftrag der Kirche hervorhoben. Anregungen ergaben sich aus der Arbeit verschiedener christlicher Organisationen aus den USA und dem Beispiel der „boys towns" des *Pater Flanagan* oder der „Teen-Challenge-Bewegung" *David Wilkersons* ;
5. Therapeuten, die bei USA-Aufenthalten mit Modellen wie dem Gestaltkibbuz von *Perls* am Lake Cowichan in Kontakt gekommen waren.

2.2.1 Zeitgeschichtlicher Kontext und geistesgeschichtliche Situation und ihre Relevanz für die Entwicklung des Verfahrens

Der äußere Rahmen war die bedrohliche Situation des 2. Weltkrieges, in der sich die britische Nation stärker auf die Gemeinschaft und Solidarität besann (*Deubelius* 1981). Durch den Krieg gab es eine große Zahl verhaltensgestörter und psychisch erkrankter Soldaten, für deren Behandlung bei weitem nicht genügend Fachpersonal zur Verfügung stand, so daß gezwungenermaßen nahelag, die Betroffenen aktiv in den Behandlungsprozeß einzubeziehen. Dazu riß der Krieg die Psychiater aus der geschlossenen Welt ihrer Kliniken heraus, indem sie in militärischen Ausbildungslagern, in Feldlazaretten und in Kampfeinheiten eingesetzt wurden. „Auf diese Weise wurden sie sich zwangsläufig des enormen Einflusses der sozialen Faktoren auf die Gedanken und

Gefühle der Individuen bewußt" (*Clark* 1963, zit. n. *Schittar* 1971). Reformistische Bestrebungen der Psychiatrie hatten in England eine lange Tradition, so daß eine latente Bereitschaft zur Reflexion des Vorhandenen gegeben war. Außerdem begannen sich psychoanalytische, lern- und sozialpsychologische Erkenntnisse zu verbreiten. Die durch die Psychoanalyse *Freuds* und den Behaviorismus *Watsons* postulierte Veränderbarkeit des Menschen zeigte eine Alternative zu den Theorien des Angeborenseins und zu den Konzeptionen der Erbbedingtheit und ließen die Hoffnung wachsen, daß es möglich sein würde, asoziale und unerwünschte Verhaltensweisen zu modifizieren, anstatt immer größere Heere von Unangepaßten endgültig in Anstalten auszusondern (*Castel u.a.* 1982). Die stärkere Rezeption sozialer Aspekte erfolgte sicher auch in Reaktion zu den unerwünschten Qualitäten des Kustodialismus (s. *Greenblatt, York, Brown* 1955), unter Einfluß der Sozialwissenschaften (s. *Sullivan* 1931; 1953; *Moreno* 1934; *Lewin* 1936), durch Anwendung psychoanalytischen Gedankengutes in Kliniken (s. *Simmel* 1929) oder einem Heim für Fürsorgezöglinge (s. *Aichhorn* 1935) oder die Wiedererinnerung früherer Möglichkeiten des Umgangs mit psychisch Gestörten (s. z. B. *Kilgour* 1935) und die Wiedereinführung des Menschen — auch des Kranken — als selbständig handelndes Subjekt in die Anthropologie durch z. B. *Husserl, Marcel, Binswanger* oder *Buber*. Die sozialen Umwälzungen infolge Industrialisierung, Erstem Weltkrieg und Weltwirschaftskrise erschütterten die festgefügten Ordnungen und Werte und den absoluten Glauben an die naturgesetzliche Grundlage der Gesellschaftsordnung. In den USA veröffentlichten *Faris, Dunham* (1939) eine Studie über die Verteilung psychischer Störungen in einzelnen Stadtgebieten; dabei erwies sich die Schichtzugehörigkeit als entscheidende soziale Variable. Diese gesamte Situation und zunehmende Demokratisierungstendenzen förderten die Bereitschaft, eine größere gesellschaftliche Verantwortung für alle psychisch Auffälligen zu übernehmen.

2.2.2 Persönlichkeit der Gründer und ihre Relevanz für die Ausprägung des Verfahrens

Es hat etliche Männer der „ersten Stunde" gegeben und es ist kaum möglich, sie alle und ihren Einfluß darzustellen. Deshalb sollen hier die herausgestellt werden, die unumstritten die heutigen Formen der therapeutischen Gemeinschaft richtungsweisend geprägt haben, nämlich *Maxwell Jones* und *Charles Dederich* . Über beide existieren keine Biographien oder gar Autobiographien. So beziehen sich unsere Kennt-

nisse im Wesentlichen auf das Material, das von ihnen selbst oder Personen ihrer Umgebung stammt.

Maxwell Jones wurde 1907 in Queenstown, Südafrika, als jüngstes von drei Kindern geboren. Der Vater war 1897 von England dorthin gegangen, um in ein Kavallerieregiment einzutreten. Er wird als Abenteurer beschrieben, dem mehr an einem Pionierdasein lag als an einer Universitätskarriere. Auf seiten der englischen Truppen kämpfte er im Burenkrieg. Nachdem der Vater 1912 gestorben war, übersiedelte die Mutter mit den Kindern nach Edinburgh. Trotz knappen Geldes bekamen die Kinder gute Schulausbildungen. Der Bruder wurde Richter, die Schwester ging ans Theater. Maxwell selbst wurde Psychiater, nachdem sein Plan, Kaffeepflanzer in Kenia zu werden, an der fehlenden materiellen Basis scheiterte. Er studierte von vornherein Medizin, um Psychiater zu werden, da ihn die Menschen an sich und die Unterpriviligierten im besonderen faszinierten. Hierin sieht er sich stark von seiner Mutter beeinflußt, die viel Verständnis für Niedergedrückte und Ausgestoßene hatte und ja schließlich auch einen aus dem üblichen Rahmen ausbrechenden Mann geheiratet hatte. Als Jugendlicher las Maxwell viel russische Dichter wie *Dostojewski* oder *Tolstoi* oder Abenteuerromane und Biographien der großen Entdecker der elisabethanischen Zeit.

Ihn faszinierten die Charakterstudien und er wollte gern mehr über die menschliche Psyche wissen. Die Medizin jener Jahre versuchte sich aber der Psyche und psychischen Problemen mit einem somatogenen Ansatz zu nähern, was ihn enttäuschte. Er bekam dann 1936 die Gelegenheit, ein Jahr an der Universität von Pennsylvania über Enzyme und ihre Beziehungen zu Geistesstörungen zu forschen und daran anschließend ein Jahr an der Columbia Universität über Endokrinologie. Er fand zurück zur Medizin, aber mit einem stärkeren Augenmerk auf die wechselseitige Beeinflussung von Körper und Seele.

Jones beschreibt sich selbst als jemanden, den neue Wege faszinierten, der von Pioniergeist beseelt war und starke Sympathien für die Unterprivilegierten hegte. In seinen frühen Jahren war er trotz scharfer Kritik des Ärztestandes nicht der Revolutionär, den man vermuten könnte, betrachtet man sein Spätwerk mit Büchern wie *Beyond the Therapeutic Community, Maturation of the Therapeutic Community* oder *The Process of Change* , in denen er die bestehenden politischen, sozialen, ökonomischen und ökologischen Zustände geißelt und fordert, daß die Menschen in den Dingen, die sie betreffen, mehr Mitbestimmungsrechte haben müssen, daß also die autoritären Herrschaftsstrukturen in Staat, Schule, Wirtschaft und Bürokratie abgebaut wer-

den müßten. Er betont die Kraft des Individuums und ist der Überzeugung, daß es sich optimal nur in Freiheit entwickeln könne und nur so sich wirkliche Kompetenz durchsetze. Von verschiedener Seite wird er als ausgesprochene Führernatur beschrieben, die begeistern und mitreißen konnte, gleichzeitig aber im Gegensatz zu seinem demokratischen Anspruch in seiner therapeutischen Gemeinschaft durch autoritären Dirigismus Entwicklungen behinderte (s. *Hilpert, Schwarz* 1981; *Schittar* 1971; *Rapoport* 1960). Ihm selbst war es wichtig, Neues zu schaffen, ein Pionier zu sein. Hierzu gehört auch, daß er selbst als seine wesentlichen Lehrmeister nur seine Mutter und historische Führerpersönlichkeiten nennt, nicht aber Zeitgenossen. Obwohl zwischen *Jones* und *Main* in den ersten Jahren der Entwicklung der therapeutischen Gemeinschaft ein intensiver Gedankenaustausch bestanden haben soll, erwähnt er *Main* in seinem Werk so gut wie gar nicht. *Hilpert, Schwarz* (1981) vermuten, daß er die therapeutische Gemeinschaft ganz für sich beansprucht.

Charles Dederich wurde 1913 in Toledo, Ohio, geboren. Er besuchte die Notre-Dame-Universität, verließ sie jedoch ohne Abschluß. Danach schlug er sich rund 20 Jahre mit den verschiedensten Jobs wie z. B. Ringkämpfer oder Manager bei einer Ölgesellschaft durchs Leben. Rund 20 Jahre war er Alkoholiker mit allen Höhen und Tiefen und mehrmals verheiratet. Vor der Gründung von *Synanon* war er gläubiges Mitglied der Anonymen Alkoholiker gewesen, und obwohl es ihm half, trocken zu werden, fand er es einengend. *Yablonsky* (1965) meint, daß *Dederich*, von Rastlosigkeit gekennzeichnet, jede Lebensauffassung, die er sich nicht vollständig selbst gebildet hatte, für seine Selbstbedürfnisse zu eng war. Er brauchte sein eigenes Reich, seine eigene Welt, die sich von der schlechten realen abhob und in der er Menschen zu einem besseren Leben verhelfen konnte. Die AA-Vergangenheit *Dederichs* läßt sich in einigen Prinzipien von *Synanon* wiederfinden:

— offenes, rückhaltloses Bekennen der eigenen Mängel;
— Unterordnung unter eine Autorität;
— Neuanfang nach „Wiedergeburt";
— Betonung des Handelns, auch Wiedergutmachen;
— Bekämpfen des Feindes Nr. 1, der Droge.

Dederich, der Zeit seines Lebens auf der Suche nach Sinn war, beschäftigte sich mit vielerlei Philosophien und Religionen, ohne sich an eine längerfristig zu binden. Diese Orientierungslosigkeit und stete Suche sieht er maßgeblich durch die entfremdete, materialistisch orientierte Industriegesellschaft verursacht.

Seine Vorstellung, daß Drogenabhängige zu ihrer Gesundung eines einfacheren, übersichtlicheren sozialen Systems bedürfen, spiegelt wohl seinen eigenen Lebensweg wider. In Synanon realisierte er eine Art Gegenwelt, in der die Mitglieder auf Dauer bleiben sollten.

Synanon hat eine paternalistische Familienstruktur (*Casriel* 1963) mit einem fürsorglichen Vater — *Chuck Dederich* — an der Spitze. *Dederich* hält Sucht nicht für eine Krankheit, sondern für Dummheit, der mit rationalem Denken und gesundem Menschenverstand nicht beizukommen ist. Deshalb müssen die Süchtigen lernen, richtig zu leben. *Dederich* :„Ich sage ihnen wie und zeige es ihnen; Schritt für Schritt" (nach *Casriel* 1963).

2.3 Wirkungsgeschichte

Das Gedankengut der therapeutischen Gemeinschaft, insbesondere die Idee der therapeutischen *Partnerschaft*, hat in den vergangenen dreißig Jahren große Verbreitung gefunden. Neben dem bereits erwähnten Henderson-Hospital entstanden in England weitere therapeutische Gemeinschaften, zumeist in psychiatrischen Kliniken wie z. B. Claybury Hospital (*Martin* 1962), Fulburn Hospital (*Clark* 1964), Cassels Hospital (*Main* 1964). Auch in Nordamerika entstanden zahlreiche Gemeinschaften, von denen die von *Wilmer* (1958) im „Center für Psychodiagnostic" der Marine in Oakland am bekanntesten wurde, da über sie ein populär gewordener Film gedreht wurde. In der Bundesrepublik Deutschland wurde das Gedankengut sehr verspätet rezipiert und führte erst in den siebziger Jahren zu Versuchen mit der therapeutischen Gemeinschaft in der Psychiatrie (Übersicht bei *Krüger* (1979)).

Sie hat sich aber nicht wirkungsvoll durchgesetzt. *Krüger* (1979) meint, ihre Blütejahre wären vorüber. Viele begonnene Versuche wurden abgebrochen, oftmals spätestens mit dem Weggang des maßgeblichen Betreibers. Eine recht überdauernde Ausnahme stellt die therapeutische Wohngemeinschaft Putensen für psychisch Kranke dar (*Thiemann* 1980). Stärkeren Einfluß des Gedankengutes der therapeutischen Gemeinschaft findet man aber in dem Bemühen um eine gemeindenahe Psychiatrie (s. *Finzen* 1972; *Pörksen* 1974).

Die Ansätze der therapeutischen Gemeinschaft fanden insbesondere Eingang in die Diskussion über die psychiatrischen Anstalten, die verschärft wurde durch die Arbeiten von *Goffman* (1972), der die negativen Auswirkungen von Anstalten auf ihre Insassen nachwies.
Über den Reformansatz der therapeutischen Gemeinschaften gingen die Antipsychiater *Laing* (1977), *Cooper* (1971) und auch *Basaglia*

(1971) hinaus, indem sie die Auflösung der psychiatrischen Anstalten forderten. Für sie ist die übliche therapeutische Gemeinschaft ein mit revolutionärem Etikett versehenes Anpassungsinstrument, das auf *Lewins* „social-field"-Theorie und seiner Methode zur Lösung sozialer Konflikte basiert, die auch zur Effizienzsteigerung in Verwaltung und Industrie genutzt wurde (*Schittar* 1971).

In den Realisierungsformen der therapeutischen Gemeinschaft sowie ihren spezifischen Inhalten und Organisationsstrukturen schlagen sich zum einen unterschiedliche therapeutische Vorstellungen nieder, zum anderen aber auch die Besonderheiten der Klientel. Art und Umfang der Selbstverwaltung ist z. B. bei geistig Behinderten oder psychisch Alterskranken anders möglich als bei Charaktergestörten und wieder anders bei relativ integrierten Neurotikern als bei desintegrierten Psychotikern. Die psychoanalytische Theorie prägt eine andere therapeutische Kultur als die Lerntheorie oder die Gestalttherapie. Therapeutische Gemeinschaften sind entstanden als einzelne Stationen in einem Krankenhaus oder als selbständige Einheiten.

Die therapeutische Gemeinschaft nahm ihren Anfang in der institutionellen Psychiatrie, hat jedoch Eingang gefunden in andere Bereiche institutionellen Umgangs mit Randgruppen (s. ausf. *Vormann, Heckmann* 1980).

2.4 Beziehungen des Verfahrens und seiner Begründer zur „Humanistischen Psychologie"

Die therapeutische Gemeinschaft betont humanistische Grundsätze wie Selbstbestimmungsrecht, Achtung der Integrität der Persönlichkeit, Selbstentfaltung.

Wie die Hauptvertreter der Humanistischen Psychologie hat sie eine holistische Sichtweise des Menschen und wehrt sich gegen den naturwissenschaftlich-reduktionistischen Ansatz, wie er sich in der akademischen Psychologie herausbildete.

Die Feldtheorie *Lewins* hatte großen Einfluß auf den Ansatz der therapeutischen Gemeinschaft, das gesamte Umfeld in die Therapie einzubeziehen. Die Betonung der Besonderheit von „Gemeinschaft" findet ihre Entsprechung in Übersummativitätstheorien der Gestaltpsychologie. Diese übertrugen *Lewin* und *Moreno* auf Gruppen. Die aus deren Arbeiten hervorgegangenen T-Gruppen prägten die inhaltliche Arbeit der therapeutischen Gemeinschaften entscheidend. Die hier wesentlichen Begriffe wie: *Feed-Back, Selbsterfahrung, Einsicht, intersubjektive Begegnung, Hier-und-Jetzt-Prinzip* finden sich im Konzept des

sozialen Lernens von *Jones* wieder und zeigen eine enge Verwandtschaft mit der gestaltpsychologischen Sichtweise des Lernens (s. *Haseloff, Jorswieck* 1971[2]).

Das evolutionäre Wachstumskonzept mit der Betonung der Selbstaktualisierung als Widerpart zur Entfremdung teilt die therapeutische Gemeinschaft mit den wichtigsten, zur Humanistischen Psychologie gerechneten Lehren, wie die von *Moreno, Goldstein, Maslow, Rogers* und *Perls.*

Inwieweit *Jones* unmittelbaren Kontakt zu Hauptvertretern der Humanistischen Psychologie hatte, wird nicht ganz deutlich. Das Psychodrama-Institut *Morenos* jedenfalls hat *Jones* Ende der 40er Jahre besucht und auch Psychodrama-Methoden in seiner Arbeit verwandt. In seinen Werken bezieht er sich verschiedentlich auf *Lewin, Moreno, Rogers, Bach, Neill* oder *Sullivan.*

2.5 Gegenwärtige Situation

Im Bereich der Psychiatrie werden die Grundgedanken der therapeutischen Gemeinschaft im anglo-amerikanischen Raum in den 50er und 60er Jahren begeistert aufgenommen. Ihre Ideen trafen wohl den Zeitgeist der Humanisierung und Demokratisierung immer weiterer gesellschaftlicher Bereiche. In Mitteleuropa setzte sich die therapeutische Gemeinschaft dagegen erst in den 70er Jahren durch und das auch nur sehr begrenzt. *Ploeger* (1983) führt diese Unterschiedlichkeit darauf zurück, daß in Europa noch heute die psychopathologisch-objektivierende Lehre Grundlage der Psychiatrie ist, während in Amerika die Psychiatrie mehr psychodynamisch orientiert ist, also das subjektive Erleben des Menschen in den Mittelpunkt stellt. Die westeuropäische Position zur therapeutischen Gemeinschaft scheint von Ambivalenz geprägt. Traditionelles Denken der Schulpsychiatrie und versicherungsrechtliche Bestimmungen stehen einer Rezeption stark entgegen. So ist es mehr zu einer stillen Übernahme von *einigen* der Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft gekommen, die die Herrschaftsstrukturen unberührt lassen (*Cooper, Kunze* 1983).

Das Betrachtungsbild der therapeutischen Gemeinschaft wird hierzulande gegenwärtig durch ihre Anwendung in der Therapie von Drogenabhängigen bestimmt, wo sie sich voll durchgesetzt hat. Das Gros der rund 2000 Therapieplätze für diese Klientel befindet sich in therapeutischen Gemeinschaften, wie sie *Bauer* (1980), *Saake, Stichtenoth* (1980) oder *Heckmann* (1980; 1982) beschreiben.

In nennenswertem Umfang bestehen therapeutische Gemeinschaften, außer in den USA, in England und Italien. In letztgenanntem Land trug das Engagement von *Basaglia* (1971) entscheidend dazu bei, daß psychiatrische Großkrankenhäuser aufgelöst wurden. Gegenwärtig bestehen dort in diesem Bereich rund 20 therapeutische Gemeinschaften; allerdings gibt es auch dort massive restaurative Bestrebungen (*Der Spiegel* 1983). Vereinzelte Versuche der Realisierung von therapeutischen Gemeinschaften in weiteren Bereichen der institutionellen Hilfe gibt es in den Bereichen Heimerziehung, Nichtseßhaftenhilfe, Justizvollzug und Altenarbeit (Übersicht bei *Petzold, Vormann* 1980). Ein großer Teil der deutschen therapeutischen Gemeinschaften steht in der Tradition der Gestalttherapie von *Perls*, wahrscheinlich schon allein deshalb, weil viele ihrer Mitarbeiter eine Ausbildung in Gestalttherapie machten. Ein anderer wesentlicher Teil der therapeutischen Gemeinschaft basiert auf behavioristischen Verfahren, der Psychoanalyse oder orientiert sich an sozialistischen Erziehungsgedanken im Sinne von *Makarenko*. Alle betonen stark den Selbsthilfeaspekt (s. *Moeller* 1978) und verzichten teilweise auf den unmittelbaren Einsatz von Professionellen.

Besondere Lehrstätten oder Ausbildungsinstitute für die Vermittlung gemeinschaftstherapeutischer Arbeit gibt es nicht. Die Ausbildung neuer Mitarbeiter erfolgt in den therapeutischen Gemeinschaften selbst durch „training on the job". Die Teilnahme an gutgeführten Selbsterfahrungsgruppen wird allgemein als gute Einführung in die therapeutische Gemeinschaftsarbeit angesehen.

Als supranationale Organisation hat sich vor einigen Jahren ein „Weltverband der therapeutischen Gemeinschaften" mit Sitz in New York konstituiert. Seine Aktivität beschränkt sich allerdings im Wesentlichen auf die regelmäßige Durchführung von Kongressen. In der Hauptsache haben sich in ihm Drogentherapieeinrichtungen zusammen gefunden, was sich auch deutlich in den Themensetzungen der Kongreßreferate niederschlägt.

Auf europäischer Ebene besteht ein ähnlich ausgerichteter Verband, der bislang jedoch keinerlei Bedeutung erlangt hat.

Auf deutscher Ebene gibt es keine therapeutische Gemeinschafts-Organisation.

3. Menschenbild

Die vielfältigen Ausformungen der therapeutischen Gemeinschaften lassen ein einheitliches Menschenbild nicht klar zu tage treten.

Einige übereinstimmende Grundprinzipien sind ihnen aber durchaus gemeinsam. Der Mensch wird als soziales Wesen verstanden, der das Recht, die Möglichkeit und das Bestreben hat, sein Leben frei zu gestalten. Betont wird die Unantastbarkeit der Würde eines Menschen.

Seine Verwirklichung kann nur erfolgen in einem Austausch mit seiner relevanten Umwelt. „Er wird zu dem, was er ist, durch den anderen Menschen. Durch ihn gewinnt und erhält er seine Identität, und durch sein eigenes Menschsein trägt er zur Identitätsfindung anderer Menschen bei" (*Petzold* 1980a). Das heißt auch, daß eine vorrangige biologische Determiniertheit durch Triebe verneint wird und deshalb auch angenommen werden kann, daß der Mensch sich im sozialen Kontext ändern kann.

Unterschiede zwischen den verschieden fundierten therapeutischen Gemeinschaften finden sich in Aussagen zum Verhältnis zwischen Individuum und Gemeinschaft (hier synonym mit Gesellschaft). Die in humanistischer oder psychoanalytischer Tradition stehenden therapeutischen Gemeinschaften betonen die Einzigartigkeit des Individuums mit dem Ideal der Selbstverwirklichung, die erst da ihre Grenzen findet, wo die Integrität des Mitmenschen verletzt wird. Besonders in den gestalttherapeutisch orientierten therapeutischen Gemeinschaften werden anarchische Einflüsse deutlich, die *Paul Goodman* einbrachte (s. *Perls, Hefferline, Goodman* 1951).

Die sozialen Ordnungsfaktoren sollen auf freier Übereinkunft freier Individuen beruhen. Die Herrschaft von Menschen über Menschen, z. B. durch einen zentralistischen Staat, deformiert ihre Entwicklung, entfremdet sie und verhindert Gesundheit. Die Notwendigkeit von Gemeinschaft zur menschlichen Existenz wird zwar betont, ihr wird aber kein höherwertiges Recht eingeräumt, anders als in den therapeutischen Gemeinschaften, die in der Tradition *Makarenkos* stehen. *Makarenko* baute im revolutionären Rußland der 20er Jahre die Gorki-Kolonie für *Besprizornyi*, vagabundierende jugendliche Verwahrloste auf, in der er durch Arbeit und gemeinschaftliche Unternehmungen den kollektivistischen, sozialistischen Menschen formen wollte.

Makarenko betonte das Kollektiv für die Erreichung des Zieles: „Als Objekt unserer Erziehung betrachten wir das gesamte Kollektiv, und an die Adresse des Kollektivs richten wir den organisierten pädagogischen Einfluß... Das Kollektiv ist der Erzieher der Persönlichkeit" (*Makarenko*, zit. n. *Anweiler* 1971).

Allerdings blieb auch für *Makarenko* eine Frage, ob die Aufgabe, den sozialistischen Menschen zu erziehen, gleichbedeutend sein muß mit der totalen Nivellierung der individuellen Unterschiede.

4. Persönlichkeitskonzepte

Da die therapeutische Gemeinschaft keine eigenständige psychotherapeutische Schule im engeren Sinne ist, verfügt sie auch nicht über eine einheitliche Persönlichkeitstheorie. Die dem praktischen Handeln in einer therapeutischen Gemeinschaft zugrunde liegende Theorie orientiert sich vielmehr an ihrer therapeutischen Grundausrichtung, z. B. der Psychoanalyse, der Verhaltenstherapie, dem Psychodrama oder der Integrativen Gestalttherapie. In vielen Einrichtungen wird man einer pragmatisch-ekklektischen Orientierung begegnen, die eine eindeutige theoretische Zuordnung außerordentlich erschwert. Allerdings läßt sich für alle therapeutischen Gemeinschaften feststellen, daß die zugrunde liegenden Konzeptionen ganz klar interaktionistischer Natur sind und dispositionistische oder situationistische Theorien über das menschliche Verhalten nicht greifen. Das wahrnehmbare Verhalten wird als Konsequenz der Interaktion von Situations- und von (ererbten oder erworbenen) Eigenschaften betrachtet, wie es *Lewin* (1938) beschrieb. Der Anteil des Gewichts des einen oder des anderen Faktors wird von Vertretern des Interaktionismus sehr unterschiedlich beurteilt.

Wenn auch keine eindeutige persönlichkeitstheoretische Ausrichtung der therapeutischen Gemeinschaften festzustellen ist, so soll doch versucht werden, die wesentlichen, für die praktische Arbeit in therapeutischen Gemeinschaften relevanten Persönlichkeitstheorien aufzuführen. Einige von ihnen werden an anderer Stelle in diesem Buch ausführlicher dargestellt, so in den Abschnitten: *Psychodrama, kognitive Verhaltenstherapie, Gestalttherapie* und *Psychoanalyse.*

4.1 Tiefenpsychologische Konzepte

Bei der praktischen Rezeption stehen diejenigen tiefenpsychologischen Lehren im Vordergrund, die gegenüber der klassischen Lehre *Freuds* eine Reduktion der Bedeutung der Triebkräfte vornehmen und in der Entwicklung der Persönlichkeit die Rolle interindividueller Faktoren hervorheben, wie es z. B. die Neo-Freudianer *Horney, Fromm, Erikson* und *Sullivan* tun.

4.1.1 Eriksons Konzept der Ich-Identität

Nach der tiefenpsychologischen Konzeption ist das *Ich* derjenige Teil des Selbst, der die Beziehung zur Außenwelt, zum Es und Über-Ich und zwischen ihnen herstellt und die Ansprüche dieser Faktoren zu bewältigen hat. Ich-Identität ist die „Wahrnehmung der eigenen Gleichheit und Kontinuität in der Zeit und der damit verbundenen Wahrnehmung, daß auch andere diese Gleichheit und Kontinuität erkennen" (*Erikson* 1981[7]). Er hält die Entwicklung einer Ich-Identität für wesentlich für ein gesundes Ich. Dazu müssen die individuellen Bedürfnisse und Begabungen sowie die in der Umwelt bestehenden Möglichkeiten in Einklang gebracht werden. Nach seiner Auffassung nehmen im Laufe der kindlichen Entwicklung die Fertigkeiten und Bedürfnisse zu. Gleichzeitig stellt die Gesellschaft immer höhere Erwartungen, denen das Kind zu genügen hat. Hieraus resultieren erforderliche Umorientierungen und Anpassungsleistungen. Diese Phase wird als Krise verstanden. Gelingt die Krisenbewältigung, so wird das Kind eher in der Lage sein, die folgende zu bewältigen; so wird sein Ich immer stärker und fähiger zu weiteren Problemlösungen. Scheitert es aber, so wird das Ich geschwächt und ist weniger in der Lage, nächsthöhere Aufgaben zu bewältigen. Für *Erikson* verläuft somit Wachstum durch Krisenbewältigung.Das Gefühl bestehender Ich-Identität wird als Zufriedenheit und Selbstvertrauen erlebt.

4.1.2 Sullivans Interpersonale Theorie der Persönlichkeit

Nach *Sullivan* (1953) entwickelt sich die Persönlichkeit eines Menschen in Wechselwirkung mit anderen. Sie kann sich nur in Beziehung zu anderen Persönlichkeiten entfalten und existieren. Er betont zwar die primäre Bedeutung der ersten Lebensjahre bis zur Adolezenz für die Prägung der Persönlichkeit, hält sie aber in der Gegenwart durch soziale Bedingungen für veränderbar. Er postuliert, daß ein Mensch, der in einer stabilen Umwelt lebt, auch eine stabile Persönlichkeit besitzt; diese wird labil, wenn die Umgebung instabil ist. Alles was wir tun, resultiert aus unserem konkreten gesellschaftlichen Zusammenhang. *Sullivan* folgt *Freud* in der Annahme, daß ein wesentlicher Antrieb menschlichen Handelns das Bestreben ist, unangenehme Spannungen zu reduzieren. Spannung entsteht aus organischen Bedürfnissen oder sozialer Unsicherheit, die beide Angst erzeugen.

Er legt sehr großen Wert auf die Feststellung, daß die Angst die wesentliche motivierende Kraft ist, weswegen ihn *Bischof* (1970[2]) einen „ängstlichen" Theoretiker nennt. Aus der Angst heraus erwächst

ein Großteil der Grundstruktur der menschlichen Persönlichkeit. Im Bestreben der Angstvermeidung entwickelt der Mensch von Kindheit an mehr oder weniger erfolgreiche Vermeidungsstrategien, die *Sullivan* Selbst-System nennt.

Dieses System kann bzw. muß oft im Widerspruch zum wahren Selbst stehen. Um psychische Krankheit zu vermeiden, darf die Diskrepanz zwischen beiden nicht zu groß werden und es muß dafür gesorgt sein, daß sich das wahre Selbst der Existenz und Funktion des Selbst-Systems bewußt bleibt.

4.2 Rollentheoretische Konzepte

Mead kann neben *Linton* und *Moreno* als einer der Begründer der modernen Rollentheorie gelten (*Biddle, Thomas* 1966; *Petzold, Mathias* 1982). Die Rollentheorie versucht, die menschliche Entwicklung in Abhängigkeit von der sozialen Umwelt zu erklären und die Dichotomie von Individuum und Gesellschaft aufzuheben.

4.2.1 Meads Konzept der Rollenübernahme

Mead (1934) betont die Entwicklung des Selbst in Interaktionsprozessen. Interaktion beginnt nach *Mead* damit, daß jeder Interaktionspartner die Erwartungen der anderen zu antizipieren sucht („taking the role of the other" (*Mead* 1934)), um sie in seine Verhaltensplanung aufzunehmen. Je nachdem, in welcher Situation ich mich befinde, bestehen unterschiedliche Verhaltenserwartungen an mich (z. B. Mann, Vater, Angestellter, Autofahrer). Das Selbst — hier eher synonym mit Identität zu verwenden — unterteilt *Mead* in zwei Faktoren: 1. dem *Me*, das die generalisierten Verhaltenserwartungen der Gesellschaft an mich umfaßt und 2. dem *I*, das die individuellen Antworten darauf enthält. Die Gesamtheit der Rollenerwartungen und meine Realisierungen stellen das Selbst bzw. die Identität dar.

4.2.2 Parsons' Sozialisationskonzept

Parsons, Bales (1955) nehmen an, daß sich die kindliche Persönlichkeit entwickelt, indem sich das Kind ein Rollenrepertoire durch Verinnerlichung der Erwachsenen seiner konkreten Umwelt aufbaut. Durch eine immer differenziertere Einordnung von bekannten Objekten lernt das Kind die erforderlichen Rollen kennen. Die konkrete Umwelt, d. i. die Familie, ist wiederum in größere soziale Zusammenhänge eingebunden, mit denen diese in Beziehung treten. Die Gesamtheit der Rollen stellt dann die Persönlichkeit dar (*Brim* 1960), da der Mensch nicht die Rollen „spielt" oder hat, sondern mit ihnen identisch ist (*Parsons,*

Bales 1955). Die Differenzierungen, die eine Steigerung der Fähigkeiten zur Rollenübernahme mit sich bringen, treten nach *Parsons* während reifungsbedingter, ontogenetischer Krisen auf. Diese Theorie setzt für die optimale Sozialisation voraus, daß zu jedem Zeitpunkt genügend angemessene Rollenbeziehungen angeboten sein müssen, um eine ausreichende Rollenflexibilität zu erreichen, die gleichzusetzen wäre mit einer starken, vielgegliederten Identität.

4.2.3 Identität und Rolle

Die Ansätze von *Goffman* (1967), *Habermas* (1968) und *Krappmann* (1969) verbinden das Rollenkonzept mit dem der Identität. Dieser Notwendigkeit liegt die Beobachtung zugrunde, daß das tatsächliche Verhalten eines Menschen nicht unbedingt in allen Positionen den jeweiligen Rollenvorschriften entspricht. Dieser Abstand gegenüber normativen Rollenerwartungen ist notwendig, um eine kreative Auslegung von Rollen, die ja z. T. auch recht diffus sind, ermöglichen zu können. Diese Rollendistanz setzt eine Ich-Identität voraus, der die Rollenidentität gegenüber gestellt wird, die das Ergebnis einer positionsspezifischen Ausprägung der Persönlichkeit ist gegenüber dem Druck, den Rollenerwartungen zu genügen (*Dreitzel* 1968). Die Rollendistanz stellt den Abstand zwischen Ich- und Rollenidentität dar. Diese Distanz muß situationsspezifisch unterschiedlich sein können, ohne daß sich das Identitätsgefühl verliert. Dazu ist eine balancierende Ich-Identität notwendig (*Krappmann* 1969). Nur so wird das Individuum dem Erfordernis der Rollenflexibilität gerecht.

4.3 Lewins Konzept des Lebensraumes

In *Lewins* Theorie (1936) ist der einzelne Mensch Punkt in einem Kräftefeld, das er *Lebensraum* nennt. In diesem Raum befinden sich alle Kräfte, die auf eine Person eindringen, sie beeinflussen. Dabei kann es sich um andere Personen handeln, einen dinglichen Gegenstand, eine Stimmung oder einen Gedanken.

Nur was gegenwärtig einen Einfluß ausübt, kann wirksam sein (eine Ähnlichkeit mit dem Hier-und-Jetzt-Prinzip *Morenos* liegt nahe, siehe aber *Petzold* (1981)).

Der Lebensraum muß also immer in der Gegenwart gesehen werden. Vergangenheit und Zukunft sind nur insofern relevant, als sie das gegenwärtige Erleben beeinflussen. Gegenwärtiges Verhalten ist für *Lewin* abhängig von der Person und der Umwelt. In der Person selbst existieren Bereiche, die in wechselseitiger Abhängigkeit stehen, wie z.

B. die perzeptiv-motorische Region oder die intrapersonalen Regionen. Der Lebensraum selbst wiederum ist nicht homogen, sondern besteht aus einzelnen von einander unabhängigen oder benachbarten oder sich überlappenden Bereichen. Den Wert, den ein bestimmter Bereich oder eine Kraft für die Person im Moment darstellt, bezeichnet *Lewin* als Valenz; diese kann positiv oder negativ sein.

Als Bedürfnis bezeichnet er das Verlangen nach Besitz eines Objektes oder nach Erreichen eines Zieles. Sie werden in erster Linie durch organische Bedingungen ausgelöst. Spannungen sind emotionale Begleitungen der Bedürfnisse, sie befinden sich nur in der Person und sie sind momenthaft. Der Ausgleich von Spannung ist ein Prozeß. Solche Prozesse können z. B. sein: Denken, Handeln oder Erinnern.

Jeder Bereich des Lebensraumes hat eine Valenz, d. h. besitzt einen bestimmten Aufforderungscharakter. Die Stärke der Valenz ist abhängig von der Intensität und Richtung der Kraft, die diese auf den Menschen ausübt. Hiervon wird die Bewegung eines Menschen in bezug auf Bereiche des Lebensraumes bestimmt. *Lewin* nennt das Lokomotion. Führt diese zum Ziel, ist das Bedürfnis befriedigt und die Spannung beseitigt. Nun können aber zwischen Person und Ziel Hindernisse bestehen, die das Erreichen des Zieles erschweren oder vereiteln.

Ist das Hindernis zu hoch, entsteht Resignation, wird es für unüberwindbar gehalten, fördert es die Valenz des Zieles. Konflikte entstehen nach *Lewin* dann, wenn die Person zwei oder mehrere Dinge gleichzeitig annähernd mit gleicher Valenz begehrt (Appetenz-Appetenz-Konflikt) oder zu vermeiden sucht (Aversions-Aversions-Konflikt) oder zum Erreichen eines begehrten Zieles die Vermeidung eines anderen Zieles nicht verhindern kann (Appetenz-Aversions-Konflikt). *Lewin* nimmt an, daß der Lebensraum eines Säuglings nur aus wenigen differenzierten Bereichen besteht und auch diese nicht vollkommen getrennt sind. Deshalb sind Bedürfnisbefriedigungen mit wenig Lokomotion zu erreichen. Mit zunehmendem Alter mehren sich die differenzierten Bereiche des Lebensraumes. Gleichzeitig findet aber auch eine Integration der Bereiche statt, die dann eine Einheit bilden. Entwicklung der Persönlichkeit bedeutet bei *Lewin* sowohl Differenzierung wie Integration.

4.4 Maslows Wachstums-Theorie

Maslows Theorie (1954) ist eine organische, in deren Zentrum die Annahme steht, der Hauptantrieb des Menschen sei sein Streben

nach Wachstum, das durch Selbstverwirklichung gewonnen werden kann.

Maslow hält deswegen auch die Befriedigung von Bedürfnissen für die Weiterentwicklung eines Menschen für wichtiger als ihre Frustration. Seiner Theorie unterliegt ein sehr optimistisches Menschenbild; der Mensch ist für ihn seiner Natur nach gut — wenn man ihn nur läßt, d. h. das Böse entsteht aus schlechten Umwelteinflüssen. Die Konstitution des wahren Selbst ist von Natur aus eher schwach ausgebildet, kann also leicht durch negative Außeneinflüsse verbogen oder verschüttet werden. Es besteht aber trotz widriger Umstände fort und drängt fortwährend zur Verwirklichung.

Maslow betont also die Wachstums-Motivation stärker als die Defizit-Kompensations-Motivation. Neurotiker sind in seinem Sinne Menschen, die eher defizit-orientiert sind und versuchen, sogenannte Grundbedürfnisse zu befriedigen und einen Status-quo zu halten.

Maslow ist in der Schwerpunktsetzung seiner Theorie mit der optimalen Entwicklung psychologischer Gesundheit befaßt. Seiner Meinung nach gibt es eine Hierarchie von Bedürfnissen, die sich die selbstverwirklichende Persönlichkeit setzt. Die Befriedigung eines niedrigen Bedürfnisses läßt die nächste Stufe in den Mittelpunkt des Strebens rücken. *Maslow* postuliert eine sechsstufige Bedürfnishierarchie, die zu psychischer Gesundheit führt:

1. Die physiologischen Bedürfnisse; 2. die Sicherheitsbedürfnisse; 3. die Zugehörigkeitsbedürfnisse; 4. die Liebesbedürfnisse; 5. die Selbstachtungsbedürfnisse und 6. die Selbstverwirklichungsbedürfnisse. Nur wenn alle jeweils rangniederen Bedürfnisse befriedigt sind, kann das folgende befriedigt werden.

Jeder Mensch strebt der sechsten Stufe, der Selbstverwirklichung, zu. *Maslow* nimmt an, daß diese Struktur im menschlichen Organismus angelegt ist. Deshalb ist für ihn nicht von vorrangiger Bedeutung, ob das Verhalten im gesellschaftlichen Sinne erwünscht oder unerwünscht ist, sondern ob es der psychischen Gesundheit entspricht, d. h. ob sich die Persönlichkeit zu ihrer optimalen Gestalt entwickeln kann.

5. Prinzipien und Modelle der therapeutischen Gemeinschaft

5.1 Theorie der therapeutischen Gemeinschaft

Eine ausformulierte Theorie, die der Methode der therapeutischen Gemeinschaft zugrunde liegt, gibt es nicht. Es existieren nur Versatzstücke, die mehr oder weniger umfangreich und theoretisch durchdrungen sind. *Jones* (1976a) hat lediglich eine Reihe von Prinzipien beschrieben, von denen ihm das des *sozialen Lernens* das wichtigste ist.

Für die Milieutherapie, von der die therapeutische Gemeinschaft als eine Spezialform angesehen werden kann (*Heim* 1978a; *Vormann* 1982) haben *Cumming, Cumming* (1962) einen großartig angelegten Versuch der Fundierung in tiefenpsychologischer Terminologie vorgelegt. Die dort ausgearbeiteten theoretischen Fundamente lassen sich jedoch nur beschränkt für die Konzeptionierung der therapeutischen Gemeinschaft verwenden. Übersichtsarbeiten zur therapeutischen Gemeinschaft, wie die von *Teusch* (1977) oder *Krüger* (1979), klammern die Theorie weitgehend aus; Versuche zur Exemplifizierung einer Theorie unternehmen *Ploeger* (1972) und *Bahr* (1981; 1982). Wirklich ausgearbeitet ist die Theorie bei beiden Autoren auch nur in Teilaspekten, so daß sie dem Anspruch, eine allgemeine Theorie der therapeutischen Gemeinschaft zu liefern, nicht genügen. Deshalb bleibt für die gegenwärtige Situation festzustellen, daß die „meisten Ansätze der therapeutischen Gemeinschaft in der Orientierung als pragmatisch und in bezug auf ihre Theoriebildung als eklektisch (zu) bezeichnen (sind)" (*Friedrich, Denecke* 1979). „Grundlage der therapeutischen Gemeinschaftsarbeit ist die Konzeption, die sich eine therapeutische Gemeinschaft selbst gibt" (*Bahr* 1981).

5.2 Prinzipien und Modelle

Aus der Zusammenschau vieler Arbeiten, die sich mit therapeutischen und praktischen Aspekten der therapeutischen Gemeinschaft befassen und unter Einbeziehung eigener Erfahrungen lassen sich einige Prinzipien herausarbeiten, die der therapeutischen Gemeinschaft zugrunde liegen. Nicht alle Einrichtungen, die sich um Realisierung einer Therapiegemeinschaft bemühen, verwirklichen alle diese Prinzipien. Sie unterscheiden sich auch darin, in welcher Kombination sie sie verwenden und welche sie besonders betonen. Die Form, die die jeweilige Einrichtung wählt, hängt viel mit ihrer speziellen Klientel, dem

institutionellen Rahmen, der Behandlungsideologie der Mitarbeiter und auch vom sozialen, politischen und ökonomischen Zustand der Gesellschaft ab, in der sie sich befindet (*Rapoport* 1960; *Ploeger* 1983). Unterschiedliche Akzentuierungen in der therapeutischen Methode oder Zielsetzungen können z. B. sein: in einer therapeutischen Gemeinschaft wird regressives Verhalten geduldet, ja gefördert, in einer anderen steht aktive Teilnahme am Gemeinschaftsleben im Vordergrund, da wird dann entsprechender Druck ausgeübt.

Unterschiede finden sich im Umgang mit aggressiven Aktionen. Noch ein Gesichtspunkt ist die Bedeutung, die der Arbeitstherapie beigemessen wird. Hält man Arbeit für einen therapeutischen Wert an sich, wird man viel Energie darauf verwenden, daß die Patienten an den Arbeitsprogrammen teilnehmen. Legt man das Schwergewicht der Therapie mehr auf Ausarbeitung persönlicher Beziehungen, so wird man Arbeit mehr als eine Art von vielen möglichen Aktivitätstests betrachten. Unterschiede tauchen auch auf in Fragen, die die Zusammensetzung der Klientel oder die Spezialisierung von Mitarbeiterrollen betreffen. Und nicht zuletzt erhebt sich die Frage, ob das primäre Ziel die Veränderung der individuellen Persönlichkeit in Richtung psychischer Integration und Emanzipation ist oder aber das Hauptaugenmerk darauf gelegt wird, daß der Patient befähigt wird, die sozialen und beruflichen Erwartungen des Systems zu erfüllen, in die er nach der Therapie entlassen wird.

Wir kommen nun zu den wesentlichen Merkmalen von therapeutischen Gemeinschaften.

5.2.1 Die therapeutische Institution

Die therapeutische Institution (z. B. Krankenhaus, psychiatrische Klinik, Heim) wird als ein *sozialer Organismus* begriffen. Alle ihre Teilbereiche hängen zusammen und beeinflussen sich positiv oder negativ. Die Struktur und Organisation prägt das Verhalten und Bewußtsein der in ihr lebenden Patienten und Mitarbeiter ganz entscheidend, wie Arbeiten von *Sullivan* (1931), *Barton* (1966[2]), *Freudenberg* (1962), *Goffman* (1961) und anderen zeigten und wie es gemäß der Feldtheorie *Lewins* (siehe weiter oben) zu erwarten ist. Die gesamte Einrichtung stellt also das *therapeutische Feld* dar. Die Gestaltung der Institution soll deshalb in erster Linie nach therapeutischen Gesichtspunkten erfolgen und muß die Teilbereiche, die traditionellerweise von der Therapie separiert sind, mit einbeziehen.

5.2.2 Ganzheitlicher Ansatz

Ein Großteil psychischer Störungen wird in Genese, Verlauf und Heilung entscheidend von der Umwelt beeinflußt, in der der Betreffende lebt und behandelt wird. Niemand bleibt durch seine konkrete Umwelt unbeeinflußt — so wie niemand *nicht* kommunizieren kann (*Watzlawick* et al. 1967); es gibt nur konstruktive oder destruktive Einflüsse. Die meisten Psycho- und Soziotherapien gehen von dieser Prämisse aus. Das naturwissenschaftlich-medizinische Konzept definiert „Krankheit" als etwas Eingegrenztes, das „man" hat, mit spezifischen Ursachen, einem vorhersagbaren Verlauf, konkret beschreibbaren Symptomen und einem bestimmten Ergebnis, das durch ein bestimmtes Vorgehen modifizierbar ist. Innerhalb der orthodoxen psychoanalytischen Theorie blieb dieses Konzept, nur traten an die Stelle somatischer Störungen unbewußte, in der Kindheit entstandene Konflikte. *Jones* (1983) hingegen betont: „We have avoided the temptation to label patients as having particular illnesses or diagnoses, preferring to think of them as individuals responding uniquely to environmental, social, pathological and genetic factors. This holistic approach blurs the boundaries between ‚sickness' and ‚health' as well as between ‚doctor' and ‚patient'."

In der therapeutischen Gemeinschaft wird eher der Begriff des abweichenden Verhaltens und Erlebens zugrunde gelegt, der Rekurs nimmt auf den sozialen Kontext. Psychosoziale Störungen sind also nur auf dem Hintergrund der jeweils bestehenden kulturellen Normen und Traditionen verstehbar. Der Normenbegriff als statistischer oder wertemäßiger Normalitätsindex impliziert geradezu gewisse Abweichungen.

Die Werte einer Gesellschaft bestimmen, welche Varianzbreite noch als normales Verhalten toleriert wird. Demgemäß gibt es keinen meßbaren qualitativen Sprung zwischen „normal" und „deviant" bzw. „gesund" und „krank". Alle Menschen unterscheiden sich also bezüglich ihrer Verhaltensmerkmale und Eigenschaften nur quantitativ.

So betonen dann auch *Goldberg* (1980) und *Fromm-Reichmann* (1953), daß der Therapeut sich vom Patienten nicht grundlegend, sondern nur graduell unterscheide.

Wenn auch in das jeweilige Konzept von Krankheit bzw. Gesundheit einer therapeutischen Gemeinschaft die Theorie der jeweils bevorzugten therapeutischen Schule eingeht, so ist ihnen doch allen gemeinsam die starke Beachtung des sozialen Kontextes in Entstehung, Verlauf und Behandlung einer Störung oder eines Defizites. Störung ist

dann immer eine Identitätsstörung (siehe z. B. *Erikson* 1981; *Petzold* 1980a) und eine Ich-Schädigung. *Cumming, Cumming* (1962) legen hierzu eine ausführliche Neurosentheorie und Theorie psychiatrischer Erkrankungen vor.

5.2.3 Interpersonales Lernen

Der wesentlichste Aspekt der therapeutischen Gemeinschaft ist der des interpersonalen Lernens. Die Erfahrungen, die Individuen im kommunikativen Austausch miteinander machen, nennt *Yalom* (1970) *interpersonales Lernen.* Sinn- und wesensverwandt ist der Begriff *soziales Lernen,* den *Jones* (1976a) definiert als intrinsisch motivierte Interaktion, die zum offenen Gefühlsausdruck führt und kognitive Prozesse sowie Einsichtslernen beinhaltet.

Seine Bedeutung geht von der Annahme aus, daß menschliche Identität sich in der Begegnung mit anderen Menschen entwickelt und verändert. Um die Voraussetzung für die notwendige Offenheit der authentischen Darstellung des Selbst zu erreichen, ist ein soziales Milieu zu schaffen, in dem ohne Furcht vor Vergeltung interagiert werden kann. Unter Zuhilfenahme der teilnehmenden Analyse aller Interaktionen, durch „konsensuelle Validation" (*Sullivan* 1940), aber auch durch Introspektion werden sich die Einzelnen der wesentlichsten Aspekte ihres interpersonalen Verhaltens bewußt. Der resultierende Lernerfolg ist umso nachhaltiger, je mehr relevante Gefühle dabei ausgelöst wurden. Hieran kann sich die Erprobung neuer Interaktionsmuster anschließen, deren Realisierung einen neuen Prozeß interpersonalen Lernens in Gang setzt.

5.2.4 Lebendiges Lernen

Dieser Begriff beschreibt das Konzept des interpersonalen Lernens in seiner Anwendung auf Alltagsprobleme. Ihm unterliegt die Vorstellung, daß die Menschen aus ihren eigenen, unmittelbaren Erfahrungen am meisten und am besten lernen. Möglichst vielfältige Situationen, die dem Bewußtseins- und Entwicklungszustand des Patienten entsprechen und einen engen Bezug zu seiner Lebenswirklichkeit haben, werden genutzt, konkrete Lernerfahrungen zu machen, „über sich selbst und seine Empfindungen, über andere Menschen und deren Reaktionen, über das, was in der Gesellschaft möglich und was unannehmbar ist" (*Clark* 1977). Dieses Konzept enthält sowohl die Vorstellung der Identitätsentwicklung durch Krisenbewältigung (*Erikson* 1981; *Cumming, Cumming* 1962) als auch durch Wachstum (*Maslow* 1967; *Rogers* 1961; *Perls* 1980).

5.2.5 Mikrokosmos

Die Interaktionen entsprechen um so mehr dem Verhalten, das die Einzelnen in ihrer realen, außerklinischen Situation an den Tag legen, je realistischer und vielschichtiger das Milieu ist, in dem die Therapie stattfindet; zusätzlich müssen die Gemeinschaftsmitglieder frei interagieren können. Die Gemeinschaft wird sich dann mit der Zeit zu einem *sozialen Mikrokosmos* (*Slater* 1966) entwickeln, zu einer Art Gesellschaft im Kleinen, die Affinität zu der konkreten sozialen Umwelt besitzt, aus der der Einzelne stammt. Das heißt, jedes Gemeinschaftsmitglied wird seinen spezifischen interpersonalen Stil offenbaren und mit ihm seine Störungen und Defizite. *Slater* (s. o.) geht sogar so weit zu behaupten, daß unter geeigneten strukturellen Voraussetzungen der Einzelne in der Gemeinschaft seine gesamte soziale und religiöse Entwicklung wiederholen wird.

5.2.6 Familienmodell

Wohl die meisten Konzepte über die Genese von psychosozialen Störungen, die so schwer sind, daß sie einer stationären Behandlung bedürfen, betonen die prägende Relevanz der Primärbeziehungen für eine unbefriedigende, d. h gestörte oder defizitäre Ich-Entwicklung. Wir finden als Beschwerden z. B. Fehlen von Zugehörigkeitsgefühl, Orientierungslosigkeit, soziale Entfremdung. Um optimale Korrekturen zu erreichen, ist ein komplexes therapeutisches Setting vonnöten, dessen Strukturen prinzipielle Ähnlichkeit mit der primärer Familiengruppen haben. Durch die verschiedenen Rollenverteilungen und -zuschreibungen besteht eine gute Chance der Rekapitulation der in der Familie gemachten Erfahrungen und dabei entwickelten Gefühle und Einstellungen. Durch Setzung von emotionaler Erfahrung, die der Patient früher missen mußte, in ähnlichen Situationen durch Gemeinschaftsmitglieder, kann eine Korrektur möglich werden. Dies entspricht dem Konzept der „corrective emotional experience" von *Alexander, French* (1946). Diese korrigierende Erfahrung kann am besten in einer familienähnlichen Struktur stattfinden, die nach *Sauer* (1979) *idealerweise* durch folgende Merkmale gekennzeichnet ist:

— durch personale Konzentration und Übersichtlichkeit ermöglicht sie Vertrauen;

— durch ihre Verbindlichkeit ergibt sich eine relativ große Stabilität;

— ihre Nähe gibt jedem Mitglied das Gefühl, etwas wert zu sein;

— sie besitzt eine außerordentliche Dichte der Kommunikation;

— sie besitzt ein eigenes Wertsystem, das z. T. komplementär ist zu den öffentlichen Normen von Leistung, Konkurrenz und Verwertbarkeit;
— Freundlichkeit und Wärme des Binnenklimas;
— sie vermittelt Sicherheit und das Gefühl der Zugehörigkeit.

Das Familienmodell beinhaltet einen Entwicklungsaspekt. Mit einer gewissen Ähnlichkeit zur richtigen Familie verändern sich die Aufgaben, Rollen und Orientierungen im Laufe des therapeutischen Prozesses. Haben am Beginn Gemeinschaftsmitglieder und Personal die emotionale Bedeutung engerer Familienmitglieder (z. B. Eltern, ältere Geschwister, Großeltern, nahe Verwandte, Bekannte, Nachbarn), so wandeln und differenzieren sich die Funktionen entwicklungsgemäß (z. B. werden „Lehrer" und Freunde wichtiger), nehmen die relevanten Beziehungen und Bezüge zu.

Der Patient wird zunehmend selbständiger, übernimmt in stärkerem Maße Verantwortungen für seine eigene Entwicklung und auch für andere. Am Ende des Aufenthaltes soll der Patient so weit gewachsen sein, daß seine Ich-Stärke und seine Fähigkeiten zur Selbstregulation ausreichen, das Leben eigenständig in die Hand zu nehmen (siehe dazu ausführlicher: *Petzold* 1974b; 1980c).

Für die Erklärung der Mechanismen der psychosozialen Entwicklung stellen die diversen Persönlichkeitstheorien, die weiter oben exemplarisch dargestellt wurden, Modelle bereit.

5.2.7 Gemeinschaftlichkeit

Der Aspekt *Gemeinschaftlichkeit* ist dem Faktor *Gruppenkohäsion* aus der Gruppentherapieforschung verwandt. Dort bezeichnet er den Grad des Zusammengehörigkeitsgefühls von Gruppenmitgliedern. Zu diesem „Wir-Gefühl" gehören gegenseitiges tiefes Interesse, Anteilnahme, Vertrauen und Solidarität. Die Realisierung dieser Aspekte in der primären Sozialisationsinstanz wird als wesentliche *Voraussetzung* für die Bildung einer gesunden und stabilen Identität angesehen. Ihre Wichtigkeit bleibt auch für die weitere Entwicklung bestehen. Für Menschen mit ungenügenden Erlebnissen der Zugehörigkeit in ihrer bisherigen Lebensgeschichte kann schon allein das Zustandekommen eines Gemeinschaftsgefühls heilsam sein (*Yalom* 1970). Dieses Wir-Gefühl soll das gesamte therapeutische Feld betreffen und nicht nur einzelne Aspekte davon, damit die Optimierung ihres therapeutischen Effektes möglich wird. Dazu ist eine Identifizierung notwendig, die jedes einzelne Mitglied der therapeutischen Gemeinschaft als *seine*

begreift. Um das zu können, muß es aktiven Einfluß auf alle es betreffenden Belange nehmen können.
Voraussetzungen dafür sind:
Teamarbeit, Intersubjektivität, offene Kommunikation, maßgebliche Beteiligung der Patienten.
Zur Erläuterung der einzelnen Punkte:

5.2.7.1 Teamarbeit

Eine enge Zusammenarbeit der therapeutisch Tätigen ist erforderlich, um sich laufend ein koordiniertes therapeutisches Vorgehen zu erarbeiten, aber auch, um sich gegenseitig zu unterstützen und zu korrigieren. Jeder bringt seine personale und fachliche Kompetenz ein, seine Wahrnehmungen einzelner Kollegen und Patienten und des Gemeinschaftslebens. Dadurch, daß sie sich gegenseitig korrigieren und unterstützen, werden sie zu gegenseitigen Supervisoren. Dem Aspekt der verbalen und nonverbalen Interaktionsstrukturen der Mitarbeiterschaft kommt besondere Bedeutung zu, da die Art und Weise ihres Umgangs miteinander Modellfunktion für die Patienten und die ganze Gemeinschaft besitzt (siehe dazu das Konzept des Nachahmungslernens bei *Bandura* (1969)). Spannungen und Störungen im Team werden ihre Entsprechung bei den Patienten finden, wie aber auch Spannungen in der Gruppe der Patienten sich im Team widerspiegeln werden. Ein offener Austausch ermöglicht die kollektive Bewußtwerdung solcher Prozesse, ihre Bearbeitung und das gemeinschaftliche Umsetzen von Interventionsstrategien.

Die Entwicklung einer gemeinsamen, von allen getragenen therapeutischen Grundhaltung setzt ebenfalls dichte, partnerschaftliche Kommunikation voraus. Sie ermöglicht, daß jedes Teammitglied sich offen und angstfrei einbringen kann. Nur so besteht die Möglichkeit des emanzipierten Verhaltens aller Mitarbeiter. Nur ein Teammitglied, das sich ernstgenommen fühlen kann und dem möglich ist, als eigenständiger Mensch zu denken und zu handeln, kann den Patienten partnerschaftlich begegnen und bei den Rollenentwicklungen fördern, die für die Konstituierung eines stabilen Ich bzw. Selbst erforderlich sind.

5.2.7.2 Intersubjektivität

Im traditionellen Verständnis bestehen zwischen Personal und Patienten große statusgebundene Rollenunterschiede, die sich wiederum auch innerhalb des Personals finden. Die Verfestigung dieser Hierarchie trägt zum Bild des inaktiven, regressiven und ichschwachen Patienten erheblich bei. Die Dichotomisierung in Behand-

ler, die allein wissen und definieren, was für den Patienten gut ist, und Behandelte, die sich vertrauensvoll dem Personal auszuliefern haben, behindert (oder verhindert sogar) die Entwicklung einer stabilen Identität und macht die Patienten zu Objekten. Erst die *Intersubjektivität* (s. *Marcel* 1978), die *Begegnung* mit dem anderen, ermöglicht echte personale Beziehungen und erlaubt rollenflexibles Handeln. Das bedeutet für das Personal Verzicht auf Affektneutralität zugunsten der Einbringung der ganzen Person in die Gemeinschaft. (Die Diskussion um die Problematiken der verschiedenen Grade des Einbringens der Therapeuten in die therapeutische Beziehung soll hier nicht geführt werden; siehe dazu z. B. *Greenson* (1981[3]), *Jourad* (1968), *Petzold* (1980a) Erst eine den Bedürfnissen, Kapazitäten und Performanzen angemessene Durchlässigkeit der Rollen ermöglicht die optimale Nutzung und Förderung der interpersonalen Fähigkeiten aller Mitarbeiter und Patienten. So wird möglich, daß wirklich alle relevanten Meinungen und Gefühle zum Ausdruck kommen und eine Förderung oder Korrektur erfahren.

5.2.7.3 Offene Kommunikation

Tatsächliche, wirksame Beteiligung an den Entscheidungen, die die Gemeinschaft betreffen, setzt die Möglichkeit des freien Informationsflusses voraus. Dazu muß der in hierarchischen Institutionen übliche einseitige Informationsfluß von „oben" nach „unten" ersetzt werden durch ein durchlässiges Beziehungsgefüge, in dem sich ein ungehinderter Austausch von Gefühlen (auch peinlicher oder negativer) und Informationen ohne Frucht vor Repressionen entfalten kann. Die Betonung der offenen Kommunikation hat daneben auch noch einen therapeutisch-kathartischen Aspekt. Der freie Ausdruck aufgestauter Gefühle verbessert nach übereinstimmender Auffassung der psychotherapeutischen Schulen die subjektive Befindlichkeit.

5.2.7.4 Maßgebliche Beteiligung der Patienten

Den Patienten wird die Auffassung signalisiert, daß ihre Behandlung die gemeinsame Sache aller Beteiligten ist und daß sie sich selbst in die Hand nehmen sollen. Alle Angelegenheiten, die sie selbst erledigen können, werden ihnen verantwortlich übertragen, was den Sinn für Eigenständigkeit stärkt und die Selbstachtung erhöht. Sich selbst als handelnde Person wahrzunehmen, fördert ein tiefes Bewußtsein ihres Selbst. Wahrgenommene Erfolge, verbunden mit Ermunterung durch Personal oder Mitpatienten, begünstigen eine optimistischere Selbst- und Weltsicht, was im Prinzip schon die Besserung fördert (*Frank* 1981).

In der Förderung der Motiviertheit aller ihrer Mitglieder zur aktiven Mitarbeit liegt vielleicht eine wesentliche Bedeutung der therapeutischen Gemeinschaft, denn die Wirksamkeit einer Therapie liegt um so höher, je stärker die Compliance ist. Hier knüpft die therapeutische Gemeinschaft an die Selbsthilfegruppen an, deren wesentliche Wirkung *Moeller* (1978) in der Selbstbetroffenheit sieht: „Wer sich selbst hilft, handelt nach seinen eigenen Bedürfnissen. Er hat damit eine ungebrochene und unverstellte Motivation". Die Beziehungen zwischen den Patienten sind *faktisch* symmetrisch, jeder ist im Prinzip in der gleichen Lage, nämlich Patient in einer Therapieinstitution. Das Personal kann versuchen, sich quasi-symmetrisch zu verhalten, es bleibt aber ein grundsätzlicher Unterschied, der durch die objektiv unterschiedliche Lebenssituation gegeben ist und deshalb Entfremdung nicht völlig aufheben kann. Durch eben ihre größere Nähe zur Problem- und Lebenswelt der Mitpatienten sind sie oftmals zu tieferem einfühlendem Verständnis der Schwierigkeiten in der Lage, als es dem Personal möglich wäre, und können angemessen und sehr hilfreich reagieren.

5.2.8 Therapeutische Kultur

Um eine Kontinuität und Konsistenz der therapeutischen Gemeinschaft zu erreichen bzw. zu bewahren, ist ein Konsens innerhalb der Gemeinschaft über Normen und Werte notwendig. Diese sollen im Einklang mit den Therapiezielen stehen und sie sollen „objektiv lebensförderlich" (*Bahr* 1982) sein. Sie betreffen Fragen der therapeutischen Strategien, der Genese abweichenden Verhaltens der Therapieziele, der interpersonalen Interaktion, des Menschen- und Weltbildes und des Sinns (die Philosophien etlicher drogentherapeutischer Einrichtungen sind dargestellt in *Petzold* (1974a) und *Yablonsky* (1965)). Diese konsensuellen Merkmale stellen die Identität der therapeutischen Gemeinschaft dar, mit ihnen wird die therapeutische Gemeinschaft von ihren Mitgliedern und von Außenstehenden identifiziert. Sie bestimmen in ihrer Gesamtheit die Qualität des therapeutischen Milieus und der Atmosphäre.

Cumming, Cumming (1962) betonen, daß den Patienten die Qualität der herrschenden Kultur klar und vertraut sein muß, um nicht bereits praemural vorhandene Gefühle von Diffusion und Entfremdung zu verstärken. Dazu müssen nicht nur die Normen und Werte prägnant sein, sondern die Patienten müssen auch den relevanten *Bezug* zu ihrem Lebens- und Problemalltag realisieren können. Die Konstanz und Prägnanz der Kultur ermöglicht die Restitution einer

stabilen Ich-Identität. Hauptträger der therapeutischen Kultur sind nach *Jones* (1962) insbesondere die Teammitglieder. *Ploeger* (1972) zählt allerdings auch diejenigen Patienten hinzu, die sich im Verlaufe ihres Aufenthaltes diese Traditionen angeeignet haben und an neue Patienten weitervermitteln.

5.2.9 Realitätsbezug

Die therapeutische Gemeinschaft betont die Sozialität des Menschen, und in der Regel ist der Aufenthalt in einer stationären Therapiestätte, wie die therapeutische Gemeinschaft eine ist, von zeitlich begrenzter Dauer, d. h. es ist angelegt, daß der Patient wieder in sein Alltagsmilieu innerhalb der Gesellschaft zurückkehrt.

Deshalb muß die therapeutische Gemeinschaft eine Kultur bieten, die ermöglicht, Rollen in einem realistischen Kontext zu erlernen. So wird die Ich-Identität auf eine Weise strukturiert, die eine Übertragung auf das künftige Handlungsfeld erlaubt und nicht ein Scheitern durch Fehladaptation vorprogrammiert. Die therapeutische Gemeinschaft soll also idealiter eine Art Miniaturgesellschaft darstellen, mit ähnlichen Aktivitäten und Normen, wie sie in der realen Gesellschaft für die Patienten vorherrschen. Gleichzeitig muß sie eine Art Schonraum bereitstellen, der eine gesunde Entwicklung ermöglicht, wozu Abweichungen von den Normen und Interaktionsformen des gesellschaftlichen Lebens für notwendig gehalten werden. Diese Dialektik stellt ein erhebliches Spannungsfeld dar zwischen therapeutischem Schutz auf der einen Seite und realitätsbezogener Herausforderung auf der anderen Seite. Die möglichen Konsequenzen können sehr verschieden sein. Im Extremfalle verzichten die Mitglieder der therapeutischen Gemeinschaft auf die strukturelle Wiedereingliederung in die Gesellschaft und schaffen sich eine Gegenwelt, wie dies z. B. Synanon in den USA getan hat, mit der Tendenz zu einer sektenähnlichen Entwicklung.

Im Idealfalle erfolgt soviel Schutz, „Nestwärme", wie nötig, um die *Grund*voraussetzungen für eine vertrauensvolle Öffnung gegenüber sich selbst und den Gemeinschaftsmitgliedern zu fördern (vgl. auch das Konzept des psychosozialen Moratoriums bei *Erikson* (1981[7])) und soviel Herausforderung wie möglich.

Weichen die Normen und Werte der therapeutischen Gemeinschaft zu stark von der Außenrealität ab, so wird es für die Patienten, die sich gut in die therapeutische Gemeinschaft eingeführt haben, zu erheblichen Anpassungsproblemen mit Krisen kommen. *Rapoport* (1960) stellte bei seiner Analyse der Henderson-Klinik von *Jones* fest, daß die Patienten, die die Werte der Einrichtung weitgehend übernommen hat-

ten, eine subjektiv und objektiv schlechtere Anpassung an ihren Handlungsalltag zeigten als diejenigen, die die Werte der Henderson-Klinik weniger stark internalisiert hatten.

Der — für notwendig erachtete — prinzipiell bestehende Widerspruch zwischen den Kodizes der therapeutischen Gemeinschaft und der Außenrealität kann nicht grundsätzlich aufgelöst werden; es bestehen Unterschiede z. B. hinsichtlich der materiellen Existenz und auch der sozialen Einbindung und Geborgenheit. Sie ist zentriert auf die Interessen der konkret überschaubaren Gemeinschaft und ihrer einzelnen Mitglieder. In ihr besteht ein Grad der Offenheit der Kommunikation, der in der sozialen Realität nicht besteht, ja dort sogar eher eine Fehlanpassung darstellen würde. Eine Minimierung der Differenzen ist konzeptionell dadurch vorzusehen, daß ein Übergang zwischen therapeutischer Gemeinschaft und Außenrealität hergestellt wird und der Patient sukzessive subjektiv und objektiv aus der therapeutischen Gemeinschaft herauswächst in einen neuen sozialen Rahmen (s. Konzepte zur Ablösung bei *Petzold* 1980c; *Bahr* 1981).

Getreu ihrer Vorstellung, das gesamte relevante Umfeld in die Behandlung einzubeziehen, muß die therapeutische Gemeinschaft offen zur Außenrealität hin sein und mit ihr in Wechselbeziehung stehen. Dies kann im Einzelfall bedeuten, daß die engere Familie des Patienten an der Behandlung in der therapeutischen Gemeinschaft partizipiert, daß Gemeinschaftsmitglieder außerhalb der therapeutischen Gemeinschaft in Betrieben arbeiten oder an kulturellen und politischen Aktivitäten teilnehmen. Das kann bedeuten, daß ein Patient neu erlernte Rollen im realistischen Alltag erprobt und überprüft. Mit dem sozialen Herkunftskontext „in Kontakt zu bleiben, kann dem Patienten helfen, seine Vergangenheit zu integrieren, seine Zukunft zu planen, und kann ihn auch daran hindern, allzusehr nur in der Gegenwart zu leben" (*Cumming, Cumming* 1962).

5.3 Diagnostische Konzepte

In der therapeutischen Gemeinschaft stehen diagnostische und therapeutische Aspekte in ständiger Wechselwirkung, dem Grunde nach ähnlich dem Vorgehen in jeder Einzel- oder Gruppentherapie. Jede Interpretation, jedes feedback, jede mitgeteilte Beobachtung setzt bei dem Beobachteten Prozesse in Gang, verändert ihn sozusagen laufend. Dieses in der therapeutischen Gemeinschaft zu praktizierende „therapeutisch-diagnostizierende" Beziehungssystem hat eine andere Qualität als das „diagnostisch-registrierende" System (siehe *Ploeger*

1972), das eine Informationsbildung *über* einen Sachverhalt bedeutet und dem Diagnostizierenden sog. objektive Daten für eine Entscheidung in die Hand gibt. In der therapeutischen Gemeinschaft sind die dichotomen Rollenzuweisungen aufgehoben, somit ist *jeder*, ob Mitarbeiter oder Patient, am diagnostischen und therapeutischen Prozeß beteiligt.

Diagnostische Methoden, die nicht den Menschen in seinem sozialen Kontext erfassen können, sind von relativem Wert, weil sie bezüglich vieler Faktoren keine realitätsgerechte Prognose ermöglichen.

In der therapeutischen Gemeinschaft wird deswegen bei diagnostischen und therapeutischen Überlegungen die Beobachtung realen Handelns in den Mittelpunkt gestellt. Wie weiter oben beschrieben, wird jedes therapeutische Gemeinschaftsmitglied bei offener Kommunikation dazu tendieren „es selbst zu sein", d. h. ähnlich geartete Interaktionsmuster zeigen wie im realen sozialen Alltagskontext. In ihm offenbaren sich die gelernten Rollenmuster, die adäquaten wie die inadäquaten. Diese realistische Diagnostik ist in einer therapeutischen Gemeinschaft in viel umfangreicherem Maße möglich als in einer ambulanten Situation, denn sie erstreckt sich in Permanenz über den ganzen Tag und bezieht alle Aktivitäten ein, seien es die unmittelbaren Programmteile wie Therapiegruppensitzungen, Arbeit oder Sport oder die Freizeit. Sie ist wegen der Vielfältigkeit der Situationen, die einbezogen werden können, recht reliabel und valide. Wie in jeder sozialen Situation ist jeder Beobachter auch ein Beobachteter, nicht nur die Mitarbeiter beobachten die Patienten, sondern diese auch die Teammitglieder und die Patienten und das Team sich untereinander. So begegnet jeder jedem in seiner individuellen Eigenart. Dies ist zwar immer und überall dort der Fall, wo Menschen direkt interagieren, doch folgt in der therapeutischen Gemeinschaft daraus die direkte Konsequenz, das Personal in den Gemeinschaftsprozeß und die Analyse der Sozio- und Psychodynamik einzubeziehen.

In gemeinsamen Sitzungen aller therapeutischen Gemeinschaftsmitglieder, des Personals wie der Patienten, werden in regelmäßigen Abständen diese Dynamiken reflektiert, dabei summieren sich die Beobachtungen, die „Feedbacks" aller Beteiligten zu einem möglichst umfassenden Bild. Jede Interaktion wird auf ihren Gefühls- und Motivgehalt hin reflektiert (*Jones* 1976a), was diagnostische Einblicke vermittelt und therapeutische Schritte nahelegt (*Ploeger* 1972), über die Konsens hergestellt wird, um den Gleichklang der Vorgehensweisen zu erreichen. Die jeweils hauptsächlich Betroffenen sind in diesem diagnostisch-therapeutischen Prozeß gleichermaßen beteiligt, um sich

identifizieren zu können und um die Verantwortlichkeit und Verfügung über sich selbst zu behalten.

5.4 Ziele und Inhalte der therapeutischen Gemeinschaft

Rapoport (1960) unterscheidet zwei grundsätzliche Zielrichtungen:

a) primäre Veränderung der individuellen Persönlichkeit in Richtung besserer intrapsychischer Integration und

b) primäre Befähigung des Individuums, die Erwartungen desjenigen sozialen Systems zu bewältigen, in das es nach der Entlassung kommen wird bzw. soll.

Beide Zielsetzungen schließen einander nicht aus, bedingen sich sogar teilweise gegenseitig, jedoch legt der erste Ansatz mehr Gewicht auf die Integrität und psychische Befindlichkeit, der zweite betont die Soziabilität und Verwertbarkeit. Je nach dem stärkeren Gewicht, das einem der beiden Ansätze beigemessen wird, ist die therapeutische Gemeinschaft eher psychotherapeutisch oder soziotherapeutisch ausgerichtet.

Im einzelnen sind die Ziele und Inhalte bestimmt von der Zusammensetzung der Klientel, der therapeutischen Schule der Mitarbeiter und dem institutionellen Rahmen. *Jones* (1956) betont als Ziel „die Anpassung des Individuums an Sozial- und Arbeitsbedingungen außerhalb ohne ein ehrgeiziges psychotherapeutisches Programm" (zit. n. *Teusch* 1977). *Clark* (1964) will neben besserer sozialer Anpassung eine Ich-Reifung erreichen. *Ploeger* (1983) verfolgt das Ziel der Emanzipation der Patienten von der Behandlung und eine Befreiung von seelischen Störungen.

Allen therapeutischen Gemeinschaften gemeinsam ist das Hauptziel, die Patienten zu befähigen, selbständig zu handeln; und zwar verantwortungsbewußt, anstatt blindlings auf gegenwärtige oder frühere Autoritätspersonen zu reagieren (s. *Norman* 1972). Dazu bedienen sie sich der weiter oben beschriebenen Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft, insbesondere der Reduzierung der therapeutischen gemeinschafts-internen Autoritätsstruktur und der Betonung von offener und ehrlicher interpersonaler Kommunikation in einem Maße, wie es außerhalb der Gemeinschaft kaum akzeptiert würde.

Die therapeutische Gemeinschaft forciert den gemeinschaftlichen Selbsthilfegedanken, fördert dazu den Austausch der Patienten und ihre Solidarität untereinander und überläßt ihnen so viel wie möglich zur Selbstorganisation.

Ploeger (1972) erinnert noch einmal daran, daß die therapeutische Gemeinschaft als Alternative zur entmündigenden kustodialen Psychiatrie geschaffen wurde: „Die therapeutische Gemeinschaft zielt darauf ab, den psychiatrischen Patienten im Krankenhaus das wiederzugeben, was ihnen die Einweisung dorthin genommen hatte: freie Betätigung der Rechte und freie Erfüllung der Pflichten des Bürgers".

6. Behandlungsmethodik

Es wurde bereits betont, daß die therapeutische Gemeinschaft an sich keine speziell abgestimmte, eigenständige Psychotherapie im engeren Sinne ist, sondern mehr eine an bestimmten Leitsätzen orientierte Form des Zusammenlebens und -arbeitens.

Als notwendige Vorbedingung für die Realisierung der Prinzipien schlägt *Jones* (1956) eine tägliche Gemeinschaftssitzung aller therapeutischen Gemeinschaftsmitglieder vor, in der die Probleme der Patienten und des Teams sowie beider Gruppen untereinander besprochen werden. Auch wesentliche Dinge, die einzelne Mitglieder betreffen, werden hier offen erörtert. Organisatorische Angelegenheiten für die ganze therapeutische Gemeinschaft werden diskutiert und entschieden. Jeder, der meint, etwas von Wichtigkeit zu haben, soll es hier äußern.

Daran anschließen soll sich eine Nachbesprechung des Teams, in der die Vorgänge der vorangegangenen Gemeinschaftssitzung analysiert werden unter ganz besonderer Berücksichtigung der kritischen Reflexion der Interventionen jedes einzelnen Teammitgliedes.

Jones (1976a) bezeichnet dies als Gruppensupervision, die der Verbesserung der Behandlung und der Weiterqualifizierung des Personals dient.

Je nach Ausrichtung der therapeutischen Gemeinschaft kann es weitere Gruppen geben, die sich z. B. mit speziellen Aufgabenstellungen befassen (z. B. Freizeit, Arbeitsprojekte, Küche, Einkäufe, Neuaufnahmen) und Therapiegruppen, die je nach Größe der therapeutischen Gemeinschaft alle Mitglieder umfassen oder jeweils nur einige Mitglieder.

6.1 Das spezifische Behandlungskonzept im Vergleich mit anderen Therapieformen

Die therapeutische Gemeinschaft ist ein auf Gruppen bezogenes Verfahren, das versucht, möglichst alle Faktoren, die ein Individuum oder eine Gruppe beeinflussen, einzubeziehen. Sie hat den Anspruch, ein totales therapeutisches Setting bereitzustellen und dem Lebensalltag

möglichst nahe zu kommen, allerdings unter Betonung eines gewissen Schonraumes, der experimentelle Neuerfahrungen zuläßt.

Die therapeutische Gemeinschaft ist zentriert auf das gegenwärtige, tatsächliche Verhalten, das Hier-und-Jetzt, und betont das gemeinschaftliche Zusammenleben als Quelle der Veränderung. Therapie ist kein inhaltlich oder zeitlich eingegrenzter Prozeß mehr, sondern ein umfassendes soziales Lernen in möglichst realistischen, vielfältigen Situationen, in denen jeder Teilnehmer zu mehr Einsicht und Verständnis hinsichtlich der Wirkungen seines Verhaltens auf sich selbst und andere kommen soll. Außerdem lernt er, sich zu behaupten und Widerspruch zu ertragen.

Die Gemeinschaft ist Stütze, Herausforderer, Lernfeld, Erzieher und Therapeut in einem.

Durch ausdrückliche Normen- und Wertsetzungen soll eine klare Orientierungshilfe gegeben werden. In der Auseinandersetzung mit ihnen wird die Klärung eines eigenen Standpunktes gefördert, wobei wechselseitige Anpassungsprozesse stattfinden.

Die Vielfältigkeit der Situationen in einer therapeutischen Gemeinschaft ermöglicht eine außerordentlich große Zahl von zu bewältigenden Lernfeldern und Trainingsmöglichkeiten zur Erprobung adäquater Rollenmuster mit ansteigendem Schwierigkeitsgrad. Trotz ihrer Vielzahl von Besprechungsgruppen, die zum Meinungs- und Informationsaustausch dienen, steht das Handeln im Zentrum des therapeutischen Gemeinschaftsgeschehens. Dadurch unterscheidet es sich ganz wesentlich von den meisten Therapieverfahren, die ihr Hauptaugenmerk auf Reflexion des Realverhaltens legen. Am verwandtesten scheint die therapeutische Gemeinschaft noch dem Psycho- und Soziodrama *Morenos* zu sein, der ebenfalls den Handlungsaspekt, das Tun, in den Vordergrund stellt (s. z. B. *Leutz, Oberborbeck* 1980; *Petzold* 1982[3]).

Die Mitarbeiter werden als Teilnehmende am therapeutischen Gemeinschaftsprozeß verstanden. Sie handeln innerhalb der Gemeinschaft und stellen sich als authentische Personen dar, was die künstliche Dichotomie Behandler/Behandelte prinzipiell aufhebt. Dadurch wird eine echte In-Beziehung-Setzung zwischen allen Personen möglich. Die Mitarbeiter wirken als lebendige Vorbilder für mögliches Rollenverhalten, nicht als unantastbare Halbgötter.

Gemeinschaftlichkeit in der therapeutischen Gemeinschaft soll nicht nur Gefühle von Geborgenheit, Zugehörigkeit und Wärme vermitteln, sondern auch jedem Mitglied aufzeigen, konkret für das Ergehen der anderen mitverantwortlich zu sein. Sie bietet Anreiz und Gelegenheit, sich gegenseitig zu helfen. Das Gefühl, tatsächlich helfen zu können

und gebraucht zu werden, hebt das Selbstwertgefühl und wirkt tendenziell einer morbiden Egozentrik entgegen (*Frank* 1981).

6.2 Die therapeutische Beziehung

In der therapeutischen Gemeinschaft mit ihren vielen Gemeinschaftsmitgliedern, Mitarbeiter wie Patienten, kann wohl kaum noch von *der* therapeutischen Beziehung gesprochen werden. Alle in der Gemeinschaft anlaufenden Interaktionen bilden ein therapeutisches Beziehungssystem (*Battegay* 1978). Gewisse Ähnlichkeiten lassen sich mit ambulanten therapeutischen Gruppen herstellen, in denen auch die Beziehungen ein komplexes System darstellen, anders als in der klassischen dyadischen oder triadischen Therapiesituation. Je nach theoretischer Ausrichtung kann der Leiter (oder können die beiden Leiter) in der ambulanten Gruppensitzung mehr eine moderierende distanzierte Supervisorenrolle einnehmen oder sich, als ein anderes Extrem, als Teilnehmer weitgehend persönlich einlassen. Die therapeutische Gemeinschaft definiert das Beziehungsgefüge in einer stationären Situation, in der Mitarbeiter und Patienten viel Zeit in Beziehung zueinander verbringen. Sie interagieren miteinander als Personen, verwirklichen also Authentizität und lassen an überkommene Rollenklischees gebundene Distanzierungen so weit beiseite, daß eine Beziehung möglich wird, in der sich der Patient entwickeln kann (*Rogers* 1961). *Rogers* betont, daß die gute Beziehung an sich schon maßgeblich den Therapieerfolg bewirke und nicht nur seine notwendige Voraussetzung darstelle (siehe z. B. *Maurer, Petzold* 1978). Für die therapeutische Gemeinschaft bedeutet dies im übertragenen Sinne, daß das therapeutische Milieu, von dem das Beziehungssystem der in ihr Interagierenden ein wesentlicher Teil ist, *an sich* positive Effekte hat (*Cumming, Cumming* 1962; *Jones* 1976a).

Diese Beziehung soll geprägt sein vom Ich-Du-Wir-Gedanken, von einer Art demokratischer Partnerschaft. *Rogers* (1961) drückt den für die therapeutische Gemeinschaft gültigen Tenor der therapeutischen Beziehung so aus: „Ich gehe die Beziehung nicht als ein Wissenschaftler ein, nicht als Arzt, der richtig diagnostizieren und helfen kann, sondern als ein Mensch, der sich auf eine persönliche Beziehung einläßt. Wenn ich den Klienten nur als Objekt sehe, wird er immer mehr zum Objekt. Ich setze mich selbst aufs Spiel". Der andere wird grundsätzlich in seinem So-Sein anerkannt, was aber nicht heißt, daß ich alle Aspekte des Verhaltens des Anderen toleriere im Sinne eines alles zudeckenden, wabernden „wir-sind-alle-ja-so-nett-zueinander-Beneh-

mens", sondern dem anderen mit tiefem Interesse begegne und echte Bestätigung und Kritik äußere. Indem ich den anderen „für voll" nehme, spreche ich ihn mündig, fördere ich Entwicklung der Ich-Autonomie.

Ziel der therapeutischen Gemeinschaft ist immer, die Selbstregulationskräfte des einzelnen und der Patientengruppe soweit zu stärken, daß die Mitarbeiter in ihren übernommenen und zugeschriebenen Rollen als Therapeuten, Berater, schützende und herausfordernde Instanzen überflüssig werden. Als Zwischenschritt kann die Patientengemeinschaft diese Rollen übernehmen (hier wird wieder der Gedanke von der Selbsthilfegruppe deutlich).

Innerhalb der verschiedenen Realisierungsformen von therapeutischen Gemeinschaften finden sich unterschiedliche Grade der Involvierung von professionellen Mitarbeitern. Das ist häufig historisch bedingt zu sehen von der Gründungsintention, vom institutionellen Rahmen und auch beeinflußt von den Hauptproblemstrukturen der Patienten. Unter dem Aspekt der formalen Organisation von Nähe und Distanz beschreibt *Petzold* (1980a) zwei strukturell unterschiedliche Formen der Involvierung:

1. Patienten und Therapeuten stehen nicht nur in einer eingegrenzten therapeutischen, d. h. zweckbestimmten Beziehung, sondern bilden eine Wohn- und Lebensgemeinschaft. Zwar meistens zeitlich befristet, aber auch und gerade bei Selbsthilfegemeinschaften auf unbefristete Dauer (z. B. Synanon in Berlin und USA. Siehe dazu *Warnke* 1972; *Yablonsky* 1965; *Tasso* 1979). Therapeuten und Klienten leben ständig zusammen. Der Unterschied zwischen ihnen beschränkt sich auf die funktionale Kompetenz. Gleiches gilt für die reinen Selbsthilfegemeinschaften, in denen diejenigen Betroffenen, die sich über längere Zeit stabilisiert haben, eine Regulations- und Vorbildfunktion wahrnehmen.

   Die direkte Auseinandersetzung aller Beteiligten im quasi-Alltag der Gemeinschaft erfordert self-disclosure (*Weiner* 1979), gänzliches sich-Einlassen.

2. Die Therapeuten wohnen und leben nicht ständig mit den Patienten zusammen, diese aber wiederum auf zeitlich befristete Dauer. Der Lebenszusammenhang zwischen beiden Gruppen ist getrennt, was zu partiellem Engagement führt bzw. sogar führen muß, da die bei voller Involvierung errichtete Nähe von den Mitarbeitern auf Dauer nicht durchgehalten und eingelöst werden kann, da ihr Lebensmittelpunkt nicht die therapeutische Gemeinschaft ist.

Vormann, Heckmann (1980) differenzieren in der zweiten Form noch die sich aus unterschiedlichem Impetus ergebenden Differenzen bei eher pädagogisch orientiertem oder psychotherapeutisch orientiertem Personal.

Eine andere Differenzierung wählt *Zimmer-Höfler* (1983), die die therapeutische Beziehung in 1. der demokratischen therapeutischen Gemeinschaft und 2. der hierarchisch strukturierten therapeutischen Gemeinschaft in ihren Unterschiedlichkeiten beschreibt.

Zu 1.: Die Tradition der sog. demokratischen therapeutischen Gemeinschaft entspricht dem ursprünglichen Ansatz *Jones* am meisten. Sie betont die Aufhebung von Hierarchien zwischen allen therapeutischen Gemeinschaften/Mitgliedern, strebt Gleichberechtigung an („one man, one vote" *Bierenbroodspot* 1972), in sehr häufigen Vollversammlungen werden alle Entscheidungen egalitär, d. h. über Abstimmungen, gefällt. Formale Unterschiede dabei zwischen Mitarbeitern und Klienten gibt es nicht; die Entscheidungsbefugnis ist der Gesamtgemeinschaft übertragen. In dieser Art Basisdemokratie findet sich deutlich anarchisches Gedankengut wieder, in dem die Gemeinschaft als freie Versammlung freier und gleicher Menschen definiert wird. Die Form der Beziehungen untereinander soll idealiter symmetrisch sein.

Zu 2.: Diese Form der hierarchischen therapeutischen Gemeinschaft fußt auf anglo-amerikanischen Konzepten wie dem von *Synanon*, kommt also aus der Selbsthilfetradition für Süchtige. Die Beziehungen sind außerordentlich asymmetrisch, Unterwerfung der Neueingetretenen unter die Normen ist gefordert. Es gibt einen oder mehrere Führer mit ziemlich umfassender Entscheidungsgewalt und eine durch Delegation bestimmte abgestufte Hierarchie, in der man durch Aktivität und Anpassung aufsteigen kann. Das Konzept der Veränderung durch Um-Erziehung wird deutlich hervorgehoben, die Erzieher (Führer, Vorgesetzte) sind im gewissen Maße die Herren über Gut und Böse. Ein Ausgleich für diese betonte Asymmetrie wird in „Synanons" (einer Art Encounter) geschaffen, in denen jeder Leiter sein kann und wo intendiert ist, daß alle ihre tiefen, aufgestauten Gefühle zum Ausdruck bringen und wo man den „Vorgesetzten" schonungslos die Meinung sagen kann.

Beides sind idealtypische Beschreibungen, die übersteigert werden, um die grundsätzlich unterschiedlichen Beziehungsformen aufzuzei-

gen. In der Praxis finden wir weder den einen noch den anderen Typ (mehr) in reiner Form.

Deutlich soll geworden sein, daß es neben dem gemeinsamen Merkmal der personalen Bezogenheit aufeinander sehr verschiedene Strukturen der therapeutischen Beziehungen gibt.

Hervorzuheben ist der dynamische Aspekt der Beziehungsstrukturen. Analog dem beschriebenen Familienmodell wandeln sich mit zunehmendem Ich-Wachstum des einzelnen therapeutischen Gemeinschaftsmitgliedes die Bezüge zu den Mitarbeitern, zu den Mitpatienten und zur gesamten Gemeinschaft qualitativ. Am Anfang mag das Mitarbeiter-Patient-Verhältnis einer frühen Eltern-Kind-Beziehung ähneln und die Gemeinschaft die Bedeutung einer„großen Mutter" (*Battegay* 1977) oder einer „schützenden, ordnenden Vaterinstanz" (*Petzold* 1980a) haben. Sukzessive nimmt die archaische Funktion der therapeutischen Gemeinschaft ab. Mit zunehmender Ausbildung und Stabilisierung der Ich-Identität und des Selbstvertrauens wandelt sich die Gemeinschaft mehr zu einer peergroup, die Mitpatienten gewinnen eine stärkere Bedeutung, die Fixierung auf Mitarbeiter tritt zurück. In einer weiteren Entwicklungsstufe ist das Ich soweit gefestigt, daß in größerem Ausmaße Selbstregulation möglich ist und Mitverantwortung für die Gemeinschaft und Mitpatienten getragen wird. Am Schluß der Therapie hat sich der Patient soweit verselbständigt, daß er die Gemeinschaft nicht mehr existentiell benötigt und ihr sowie den Mitarbeitern auf einer symmetrischen Beziehungsebene begegnen kann.

Im Unterschied zur ambulanten einzel- oder gruppentherapeutischen Situation, in der sich Patienten nur in der eng umgrenzten Psychotherapiesitzung begegnen, interagieren in der stationären therapeutischen Gemeinschaft alle Mitglieder in vermischten Intervallen auf verschiedenen Ebenen in unterschiedlichen Rollen, die sich aus der Vielfalt der Abläufe einer therapeutischen Gemeinschaft ergeben. So ist z. B. ein Mitarbeiter in der gruppentherapeutischen Sitzung Psychotherapeut, beim Arbeitstraining Mitarbeitender oder ,,Vorarbeiter", in der organisatorischen Vollversammlung sachbezogener Moderator oder bei einer Freizeitaktivität Mitspieler. Oder ein Patient ist in der Gruppentherapie hilfesuchendes Mitglied, beim Hausputz verantwortlicher Kontrolleur oder beim gemeinsamen Fußballspiel von Patienten und Mitarbeitern Schiedsrichter. Allen Beteiligten ist „mehrgeschossiges Rollen handeln" (*Spazier, Bopp* 1975) abverlangt, das in den Akzentuierungen der Beziehung Flexibilität verlangt, also auch eine situationsangemessene Veränderung von Nähe und Distanz. Damit es aber nicht

zu einem Orientierungsverlust kommt, muß zwischen Mitarbeitern und Patienten Konsens darüber herrschen, welchem Kommunikationsbereich welches Rollenhandeln zugeordnet werden soll. In der Praxis werden sich allerdings die Ebenen gar zu leicht vermengen, so daß es zu einem komplizierten Wust von Übertragungen, Gegenübertragungen und realitätsangemessenen Begegnungen kommt, der zum einen zur Beschleunigung therapeutischer Prozesse beitragen kann, aber zum anderen auch vielfältigere Formen der Realitätsprüfung und -korrektur von Übertragungsphänomenen ermöglicht.

6.3 Prozeßvariablen

6.3.1 Übertragung

Im ursprünglichen Sinne *Freuds* wird unter Übertragung die Realitätsverzerrung des Patienten in der Beziehung zum Therapeuten verstanden, die dadurch zustande kommt, daß unbewußt frühere bedeutungsvolle Menschen auf die Person des Therapeuten projiziert werden. Heute üblich ist die Auffassung, daß solcherart Verzerrungen interpersonaler Beziehungen nicht nur aus Übertragungen von frühkindlichen Objekten bestehen, sondern auch die Verzerrung der interpersonalen Realität als Reaktion auf interpersonale unbefriedigte Bedürfnisse (*Yalom* 1970). Tiefenpsychologische Schulen, allen voran die Psychoanalyse, messen der Übertragungsanalyse hervorragende Bedeutung bei. Ob und in welcher Wichtigkeit Übertragungsphänomenen in einer therapeutischen Gemeinschaft Rechnung getragen wird, hängt stark davon ab, mit welcher (psycho-) therapeutischen Schule sie kombiniert wird und ob dem Durcharbeiten frühkindlicher Erlebnisse wesentliche Bedeutung geschenkt wird. Übereinstimmung herrscht in jedem Falle darüber, daß frühere Lernerfahrungen die Wahrnehmung der augenblicklichen Realität mitbestimmen und ein großer Teil der Aufmerksamkeit darauf gerichtet ist, Wahrnehmungsverzerrungen abzubauen, um eine Ich-Reifung durch unverstellte Begegnung mit der Realität zu ermöglichen.

Gegenüber der künstlichen dyadischen Therapiesituation bestehen in ambulanten therapeutischen Gruppen und vielmehr noch in der stationären therapeutischen Gemeinschaft vielfältige positive und negative Übertragungs- und Gegenübertragungssituationen zwischen allen therapeutischen Gemeinschaftsmitgliedern. Wegen des multiplen Rollenhandelns aller Mitglieder bestehen aber zur selben Zeit nicht nur Übertragungsbeziehungen, sondern durchaus auch Bezüge, die nicht vergangenheitsgeprägt sind, sondern ihren Ursprung in der Gegenwär-

tigkeit der vielschichtigen Interaktionen haben. Anders als in der klassischen Therapiesituation sind hierin auch die Mitarbeiter eingeschlossen. Sie dienen also nicht nur als „Projektionsfläche", sondern sind konkret Mit-Handelnde. Die verschiedenen Beziehungsebenen bieten die Möglichkeit, daß die monströse Phantasien, Idealisierungen etc. rascher aufgehellt und aufgelöst werden. Zusätzlich fördern die verschiedenen Rollenebenen die Flexibilität im Umgang mit verschiedenen Tiefungsebenen des therapeutischen Prozesses und helfen so, den Prozeß der Individuation voranzubringen. Eine besondere Bedeutung kommt der therapeutischen Gemeinschaft als Ganzes zu. Die Bindungen an sie sind nicht gleichzusetzen mit der Summe der Beziehungen zu den einzelnen Mitgliedern der Gemeinschaft. Sie hat besondere symbolische Bedeutung als Über-Instanz, mit der im Falle einer gelungenen Übertragung starke Sicherheits- und Geborgenheitsgefühle verbunden werden. Dieses tragfähige Grundgefühl läßt auch Fluktuationen in der Interaktionsstruktur der Mitglieder zu oder das Ausscheiden wichtiger Bezugspersonen aus der therapeutischen Gemeinschaft, ohne das Gefühle von Angst, Verlassenheit und Desorientierung überhandnehmen.

Die zunächst beabsichtigte starke Bindung an die therapeutische Gemeinschaft soll ermöglichen, die zum Reifungsprozeß notwendigen Krisen durchzustehen,ohne sich durch Abbruch der Situation zu entziehen.

Da das Ziel der therapeutischen Gemeinschaft die Wiedereingliederung ihrer Patienten in ein normales soziales Feld ist, muß sie darauf achten, Übertragungen und Abhängigkeiten soweit aufzulösen, daß sie die Stützfunktion (Hilfs-Ich) der Gemeinschaft sukzessive immer weniger benötigen und eigenständig zu leben in der Lage sind. Dieser Prozeß der Los- und Ablösung muß in der Struktur des therapeutischen Ablaufes vorgesehen sein und verlangt nach *Petzold* (1980c) die Bearbeitung verschiedener Übertragungs- bzw. Bindungsebenen:

1. Übertragung zur Gemeinschaft als Ganzer
2. Übertragung zu einzelnen Gemeinschaftsmitgliedern
3. Übertragung zu den Bezugstherapeuten
4. Übertragung auf die örtlichen Gegebenheiten
5. Übertragung zur Gesamtsituation (therapeutisches Feld).

6.3.2 Widerstand

Als Widerstand wird in tiefenpsychologischen Schulen das „Sichwehren gegen Veränderung" verstanden, das aktives Beharren auf dem status quo. Er dient gleichsam als Kraft, die die bestehende psychische

Organisation schützt, um unbewußtes, traumatisches Material nicht ins Bewußtsein kommen zu lassen. Die Erklärungs- und Bedeutungsmuster des Phänomens „Widerstand" sind in verschiedenen Schulen sehr unterschiedlich, und durchaus nicht alle sehen in ihm eine zentrale Variable des therapeutischen Prozesses (siehe hierzu die ausführliche Darstellung der verschiedenen Standpunkte in dem Buch von *Petzold* (1981b)).

Die Theoretiker der therapeutischen Gemeinschaft haben zu einem Widerstandskonzept der therapeutischen Gemeinschaft keine expliziten Aussagen gemacht. Ob die Praktiker der therapeutischen Gemeinschaftsarbeit dem Umgang mit Widerstand expressis verbis besondere Bedeutung beilegen, hängt von ihrer Schulung ab.

An dieser Stelle sollen nur Widerstandsformen angesprochen werden, die als typisch für therapeutische Gemeinschaften gelten können. Widerstand kann auftreten in der Beziehung zwischen einem Patienten und einem Therapeuten, zwischen zwei Patienten, zwischen zwei Therapeuten, zwischen der Gruppe der Patienten und der Therapeuten sowie auch zwischen der gesamten therapeutischen Gemeinschaft und der Außenwelt. Da jedoch jedes Mitglied der therapeutischen Gemeinschaft in die Gemeinschaft eingebettet ist, können Widerstands-, Vermeidungs- oder Abwehrphänomene nicht allein intraindividuell interpretiert werden, sondern müssen den Kontext mitberücksichtigen.

Typisch für jede Art von therapeutischer Gemeinschaft ist der Widerstand gegen Rollenveränderungen. Typisch deshalb, weil die Aufgabe erlernter Rollen (z. B. Patient, Therapeut) eine Bedrohung der Identität darstellt. Die Rollenerwartungen innerhalb einer therapeutischen Gemeinschaft sind z. T. den kulturellen Mustern diametral entgegengesetzt; von letzteren sind aber die meisten in der Gemeinschaft Lebenden entscheidend geprägt. Die Aufgabe der traditionellen Therapeutenrolle bedeutet partiellen Identitätsverlust und Unsicherheit. Vom Patienten wird traditionell die Einnahme einer passiven, inferioren Haltung erwartet. Die therapeutische Gemeinschaft verlangt Eigeninitiative, aktive Beteiligung und offene Auseinandersetzungen, d. h. relative Aufgabe sicherheitsgebender Abhängigkeiten.

Die therapeutische Gemeinschaft ist ein lebendiges Gebilde, ihr Charakter ist Ausdruck des Gestaltungswillens aller ihrer Mitglieder und insofern ständigen Veränderungen und Anpassungen ausgesetzt. An alle Mitglieder werden außerordentlich hohe Ansprüche bezüglich ihrer Flexibilität gestellt. Sie müssen sich nach den unterschiedlichsten Bedürfnissen der sich wandelnden Gemeinschaft richten und müssen sich ständig selbst wandeln, um den Änderungen gerecht zu werden.

Deshalb können sie sich kaum nach festen Regeln und Vorschriften richten. Ritualisierungen und Aufstellen fester „unumstößlicher" Regeln sind eine Art Abwehr, sich mit Gefühlen des Chaos, der Richtungslosigkeit zu konfrontieren. Die ritualisierte Abwehr kann dazu führen, daß sich alle miteinander „arrangieren", Probleme bagatellisieren, auch um Konfrontationen zu vermeiden. Alles verläuft in ruhigem Rahmen, jedoch findet keine Entwicklung, kein Wachstum mehr statt.

Geschlossene Systeme (*Goffman* (1961) nennt sie „totale Institutionen") tendieren zur Entfremdung von der Außenwelt und zur Selbstidealisierung. Innerhalb tabuisierte Verhaltensweisen und Gefühle werden nach außen auf ein Feindbild projiziert, um sich nicht selbst konfrontieren zu müssen. Die Form der Vermeidung durch Projektion von Negativem auf Instanzen außerhalb der therapeutischen Gemeinschaft ist in der Praxis gar zu oft zu beobachten, vor allem, wenn die Gemeinschaft ihren eigenen Ansprüchen nicht gerecht werden kann.

Für den Umgang mit Widerständen gegen Veränderungen gibt es im Sinne einer therapeutischen Kultur verschiedene Möglichkeiten:
a) massive Konfrontation und Sanktion, wie in hierarchischen Modellen, die in der Tradition von *Synanon* stehen, oder b) Gewährenlassen, Ermutigung und Beharrlichkeit. Welcher Stil vorherrscht, wird von der Bewertung von Widerständen geprägt. In den meisten Therapien ist Widerstand im Grunde sehr negativ bewertet, ein Störfaktor, setzt sich doch der Patient der Hilfe der anderen entgegen. „Da man als Therapeut geneigt ist, das, was in der Therapie ablaufen sollte, für das Richtige und Gute zu halten, ist Widerstand dagegen zunächst einmal etwas Schlechtes" (*Caspar, Grawe* 1981). Entscheidet der Therapeut oder in der therapeutischen Gemeinschaft die Gemeinschaft allein darüber, ob es sich um einen notwendigen oder gar *sachlich* berechtigten Widerstand handelt, laufen sie Gefahr, sich zu Richtern aufzuschwingen und dem erklärten Ziel der therapeutischen Gemeinschaft, dem Einzelnen zur Emanzipation zu verhelfen, entgegenzuarbeiten. Aus der Erforschung von Gruppendynamik ist ja hinreichend der Konformitätsdruck innerhalb von Gruppen bekannt. Er kann noch verstärkt werden, wenn dem Konzept eine pädagogisch-normierende, an festen kollektiven Zielvorgaben orientierte therapeutische Rationale zugrundeliegt. Je weniger positiv Individualität bewertet wird und je mehr Wert auf Anpassung gelegt wird, desto stärker, aber auch subtiler, werden Widerstandsformen sein.

Der Respekt vor der Integrität des Einzelnen verlangt ein sehr abwägendes und vorsichtiges Bewerten, ob es sich bei Widerständen um

durchaus berechtigten Widerspruch gegen falsche und unangemessene Behandlungsstrategien und berechtigte Forderungen handelt oder ob ein als pathologisch und untauglich zu bewertender Widerstand vorliegt.

6.4 Formen des Setting

Die therapeutische Gemeinschaft wird gängigerweise in einem stationären Rahmen angesiedelt, da ihr Inhalt und ihr Ziel ist, *ein totales therapeutisches Setting* (*Petzold* 1974b) bereitzustellen, in welches sämtliche Lebensvollzüge des Patienten eingebettet sind. Einigen Autoren scheint die Übertragung auf teilstationäre Bereiche, wie z. B. in Tageskliniken oder Übergangswohnheimen möglich (siehe *Krüger* 1979). *Ammon* (1980) hält sie auch für ambulant realisierbar, präziser ausgedrückt: außerhalb einer klinischen Institution durch kurzfristiges (mehrwöchiges) Zusammenleben in z. B. einem Bauernhaus mit vollständiger Selbstorganisation. Die Übertragung der therapeutischen Gemeinschaftsprinzipien in den Alltag versucht die Gemeindepsychiatrie (s. z. B. *Pörksen* 1974). Im klinischen Rahmen werden therapeutische Gemeinschaften verwirklicht auf Stationsebene, d. h. als Teil eines Krankenhauses (siehe z. B. *Krüger u. a.* 1973; *Wulff* 1972), seltener auf der Ebene einer ganzen Klinik (siehe *Basaglia* 1971; *Martin* 1962).

Eigenständige, kleine und überschaubare Einheiten (Größe bis 30 Plätze) finden wir in der Form von weitgehend selbstverwalteten therapeutischen Wohngemeinschaften (s. z. B. *Thiemann* 1980; *Vormann, Heckmann* 1980; *Petzold* 1980b), deren Kosten von Sozialleistungsträgern über Pflegesätze ähnlich wie in Krankenhäusern und Kureinrichtungen getragen werden. Recht selten existieren Wohngemeinschaften mit Selbsthilfecharakter. In ihnen leben Menschen ohne Unterscheidung in (bezahltes) Personal und Patienten zusammen und bilden eine Art Lebensgemeinschaft auf Dauer oder zeitlich befristet (siehe hierzu: *Petzold* 1974a; *Yablonsky* 1965; *Heckmann* 1982; *Moeller* 1978).

7. Anwendung

Führt man sich die Grundzüge der therapeutischen Gemeinschaft noch einmal vor Augen: optimale Selbstverantwortung, partnerschaftlicher, intersubjektiver Umgang, soziales Lernen, so könnte man geneigt sein, die therapeutische Gemeinschaft bzw. ihre Prinzipien für überall anwendbar zu halten, wie es z. B. *Jones* (1983) tut: „The general principles worked out in a microcosm of society, a hospital, can

be applied to all levels of our cosmic society if adapted to the culture and social enviroment as required".

Allerdings setzt das voraus, daß bei allen Menschen gleichermaßen die *Bereitschaft* besteht, sich so zu verhalten und in einen Dialog einzutreten, was wiederum eine gleiche Lage und gleiches Bewußtsein voraussetzt.

Auf der *konkreten* Ebene setzt die Anwendung der therapeutischen Gemeinschaft voraus, daß eine überschaubare Anzahl von Menschen zusammenleben bzw. regelmäßig häufig zusammen treffen. Die Freiwilligkeit dieses Zusammenschlusses spielt dabei keine primäre Rolle.

7.1 Klinische Anwendungsbereiche

Die therapeutische Gemeinschaft ist im wesentlichen ja als Reaktion auf die Misere der institutionellen, kustodialen Psychiatrie entwickelt worden,weshalb in diesem Bereich die meisten Realisierungen zu verzeichnen sind und auch die größte Zahl der Veröffentlichungen den engeren psychiatrischen Bereich betreffen. Aussagen zur Indikation bzw. Kontraindikation müssen bei der therapeutischen Gemeinschaft ganz besonders gesehen werden im Hinblick auf die Klientel, den institutionellen Rahmen und Auftrag, sowie die Art der Kombination von therapeutischen Gemeinschaften mit psychotherapeutischen oder soziotherapeutischen Verfahren.

7.2.1 Anwendung in der Therapie von Erwachsenen

7.2.1.1 Institutionelle Psychiatrie

Gemeinschaftstherapeutische Arbeit wurden im Rahmen der klassischen Psychiatrie überwiegend nur in Modellinstitutionen oder in einzelnen Abteilungen größerer Spitäler verwirklicht. Die Umwandlung ganzer psychiatrischer Anstalten (die hierzulande durchaus 1000 Betten haben können) in eine „große therapeutische Gemeinschaft" ist allein wegen kommunikationstechnischer Probleme kaum möglich. Ansätze in Richtung therapeutischer Gemeinschaft wurden versucht durch Aufstellen eines Patientenparlaments als verbindende Instanz verschiedener kleiner Abteilungen, in denen die Gemeinschaftstherapi technisch zu verwirklichen ist. Als optimale Größen der einzelnen Abteilung werden 2o bis 3o Plätze angesehen (*Jones* 1962b; *Flegel* 1968; *Krüger* u.a. 1973). Grundsätzlich kann jede Abteilung eine therapeutische Gemeinschaft sein. Ist sie eher psychotherapeutisch-tiefenpsychologisch orientiert, was ja einen starken Akzent auf Verba-

lisierung setzt, so gibt es nach *Petersen* (1973) strenge Indikationskriterien wie: ausreichende Intelligenz, relative emotionale Belastbarkeit, Durchhaltevermögen, Introspektionsfähigkeit, Konfliktbewußtsein und Verbalisierungsfähigkeit.

Krüger (1979) äußert zu der Heterogenität von abteilungsbezogenen Gemeinschaften, daß weniger entscheidend die Homogenität der psychiatrischen Diagnosen sei, sondern Vergleichbarkeit des Verbalisierungs- und Intelligenzniveaus. Er empfiehlt allerdings, sog. Soziopathen und Toxikomane in speziellen Abteilungen unterzubringen, da sie mit ihrem charakteristischen Verhalten das Wachstum anderer eher behindern oder gar verunmöglichen.

Qualität und Quantität der Verwirklichung von aktiver Selbstverantwortung, sozialem Lernen und therapeutischer Partnerschaft wird bei verschiedenen Patientengruppen sehr unterschiedlich sein; bei z. B. floriden Psychosen oder intellektuell stark Behinderten ist die Gruppen- und Reflexionsfähigkeit erheblich gemindert, so daß Gesprächsgruppen mehr zugunsten gemeinsamer Aktivitäten zurücktreten. Wenngleich auch für diese Klientel spezielle Formen therapeutischer Gemeinschaft entwickelt wurden, scheint ihre eigentliche Domäne in den psychiatrischen Anstalten die der Psychoneurotiker und Devianten zu sein.

Das Zusammenleben der Geschlechter in einer Abteilung wird allgemein empfohlen. *Krüger, Veltin, Zumpe* (1973) schreiben dazu: „Die Vorteile, die eine Behandlung in gemischten Gruppen bietet, sind auf das Ganze gesehen größer als die Gefahr möglicher ‚Pannen'. Besonders kontaktarme Patienten, die in ihren Beziehungen zum anderen Geschlecht gestört sind, profitieren am meisten von einer solchen, dem normalen Leben angenäherten Situation. In einer realitätsnahen Wohngemeinschaft haben auch schizophrene Patienten mit starken Partnerängsten die Gelegenheit einer behutsamen Kontaktaufnahme und die Möglichkeit, sich in ihre Geschlechterrolle hineinzufinden".

Ausführliche Realisierungsbeschreibungen der therapeutischen Gemeinschaft in der Psychiatrie finden sich z. B. bei *Foudraine* (1973); *Kayser u.a.* (1973); *Heim* (1978); *Clark* (1977b) und *Ahrbeck* (1980).

7.2.1.2 Psychotherapeutische und psychosomatische Klinik

Im Gegensatz zu den allgemeinen psychiatrischen Anstalten, deren Klientel zum großen Teil aus Psychotikern besteht, bei denen tiefenpsychologische, unbewußtes reaktivierende Verfahren eher ungeeignet sind, finden sich in psychotherapeutischen Kliniken (oder Klinik-Abteilungen) überwiegend Psychoneurotiker, bei denen psychothera-

peutische Methoden bei der Behandlung im Vordergrund stehen. Die Verbindung aufdeckender Psychotherapie mit den Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft beschreiben sehr ausführlich *Ploeger* (1972), *Beese* (1975) und *Hambrecht* (1982). Sie halten die therapeutische Gemeinschaft für Neurotiker sogar für besser praktizierbar, da die Realitätsbeziehungen bei ihnen weniger gestört sind, stabilere Ich-Funktionen bestehen und ihnen differenziertere Wahrnehmung möglich ist. *Beese* (1975) betont, daß bei sehr frühen Störungen Einzeltherapie im Vordergrund stehen müsse, während Grundstörungen, die in der Phase erster sozialer Auseinandersetzungen gelegt wurden, ein gruppentherapeutischer Kontext mehr indiziert wäre. Die therapeutische Gemeinschaft könnte den speziellen Hintergrund für die Psychotherapie bieten, da er eine Aktualisierung des sozialen Feldes des heranwachsenden Kindes nahelege.

Die Analogie zum Familienentwicklungsmodell wird nahegelegt, da in der therapeutischen Gemeinschaft ähnliche differente Einflüsse einwirken.

Die psychotherapeutisch ausgerichtete Klinik stellt gewissermaßen einen Schonraum dar, der für die angstfreie Entwicklung für notwendig gehalten wird. Der Gefahr der Entfremdung und Entwöhnung von der gesellschaftlichen Realität soll durch Belastungstraining im realen sozialen Feld vorgebeugt werden und durch Übernahme von Funktionen und Verantwortungen innerhalb der therapeutischen Gemeinschaft.

Die Vorteile der therapeutischen Gemeinschaft in der stationären Psychotherapie sieht *Beese* (1975) mit *Prado-Molina* (1970) in:

1. Förderung des emotionalen Kontaktes;
2. Ich-Stärkung;
3. Aufstellen eines wohlwollenden Über-Ichs; u. a. dadurch, daß formale Autoritäten durch informelle, den Realitäten mehr entsprechende Gegebenheiten ersetzt werden können;
4. Soziales Lernen;
5. Aufstellen eines anderen Ich-Ideals. Durch Einwirkung der therapeutischen Gemeinschaft und der Psychotherapie ist eine stärkere Veränderung eines überhöhten oder verzerrten Ich-Ideals besser möglich als in anderen Settings.

Als Kontraindikationen für diese Art Behandlung nennt *Ploeger* (1972) mehrere Gründe, wobei er betont, daß eine entsprechende Diagnostik im Einzelfall *a priori* kaum möglich sei, sondern sich erst *in situ* ergibt:

1. Extremes demonstratives Agieren
2. Intensive psychosoziale Abwehr
3. Dauerhafte destruktive Alpha-Position (s. *Schindler* 1957)
4. Dauerhafte Omega-Position, insbesondere dadurch, daß ein Patient durch unveränderliche Persönlichkeitsmerkmale (z. B. mangelnde Intelligenz) von allen anderen abgelehnt wird.

Die Beschreibung dieser Faktoren läßt deutlich werden, daß ihre Bewertung nur nach einem längeren Zeitraum möglich ist und vom Kontext (Gruppenzusammensetzung, Teamfähigkeiten und -einstellungen) abhängig ist.

7.2.1.3 Einrichtungen zur Suchtkrankentherapie

Ihre weitaus größte Verbreitung hat die therapeutische Gemeinschaft in der Behandlung Suchtkranker, d. h. von Alkoholikern, Medikamentenabhängigen und besonders von Drogenabhängigen gefunden. Das liegt zum einen daran, daß schwer Suchtkranke überwiegend stationär behandelt werden, zum anderen in dem komplexen Störungsbild, das Nachreifung, Wachstum und Neuorientierung in sozialer, beruflicher und wertemäßiger Hinsicht erfordert. Schon recht früh wurde in der Suchtarbeit der Selbsthilfeaspekt betont. 1935 gründete Bill W. die Alcoholics Anonymous (AA), die weltweit Verbreitung fanden. Nach *Solms* (1975) ging zu deren Entstehung ein wichtiger Impuls von *C.G. Jung* aus. Von dem AA-Mitglied *Dederich* wurde 1958 *Synanon* in Kalifornien gegründet, eine Selbsthilfegemeinschaft für Süchtige, insbesondere Drogenabhängige. Das Modell zeichnet sich durch ein straffes Konzept, eine ausgeprägte Rangordnung und betont autoritäre Strukturen aus. Allerdings gibt es keine Unterscheidung zwischen Mitarbeiter und Patieten. Jeder kann — je nach Verhaltensänderung - in der Verantwortungs- und Weisungshierarchie aufsteigen. Von diesem Ansatz ist ein großer Teil der therapeutischen Gemeinschaften in der Drogenarbeit stark beeinflußt worden. Sie verbinden die Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft im Sinne *Jones'* mit klaren Strukturen und betonen den Selbsthilfeaspekt, indem fortgeschrittene Gruppenmitglieder Aufgaben für die Gemeinschaft wahrnehmen. Die Kommunikation ist durchlässig angelegt und den Drogenabhängigen wird so viel wie möglich zur Selbstregulation in der Gruppe überlassen. Diese therapeutischen Gemeinschaften bilden im allgemeinen eigenständige Einheiten, selten stellen sie eine Abteilung einer Klinik dar. Sie haben zumeist rund 20 Plätze, allerdings kommen Größenordnungen von 30 Plätzen vor. Die wenigen Häuser, die bis zu 60 Plätze haben, unterteilen die Gesamtzahl zumeist in mehrere klei-

nere Gemeinschaften. *Zimmer-Höfler, Meyer-Fehr* (1983) trennen die vorhandenen Modelle in demokratisch-konsensuelle therapeutische Gemeinschaften und hierarchische therapeutische Gemeinschaften. Die konsensuellen therapeutischen Gemeinschaften mit einer idealistischen, humanistischen Philosophie erwarten implizit eine starke Bereitschaft zur Selbstkontrolle von Beginn an und sind eher psychotherapeutisch orientiert, während die hierarchischen therapeutischen Gemeinschaften der Philosophie des kritischen Realismus nahestehen, sich stark am Rehabilitationsgedanken orientieren. Sie halten den Drogenabhängigen zu Beginn für wenig zur Selbstkontrolle fähig und betonen den Entwicklungsaspekt von Reife und Verantwortung durch zunehmende Mitverantwortung. Therapeutische Gemeinschaften, die beide Ansätze zu vereinen suchen, werden bei *Petzold, Vormann* (1980) ausführlich beschrieben. *Zimmer-Höfler* (1983) faßt die unterschiedlichen Indikationen so zusammen: „Die Anforderungen (der konsensuellen therapeutischen Gemeinschaften, d. A.) sind sehr hoch, sie sind moralischer und sozialer Art und wenden sich an reife Persönlichkeiten mit guter Introspektionsfähigkeit bzw. Selbstwahrnehmung, Verbalisierungsfähigkeit und hohem Abstraktionsvermögen. Man könnte sagen, daß wünschbare Rehabilitationsziel sei zum Mittel gemacht worden". Die hierarchische therapeutische Gemeinschaft ist „nicht idealistisch, nicht humanistisch, nicht mittelständig-gemäßigt, sondern archaisch, was *Tillmann Moser* (1970) als Straftyp der Unterschicht bezeichnet. Konfliktprovokation statt Konfliktvermeidung, harte, konkrete, mittelalterliche Symbolisierung der Strafe, unerbittliche gut-böse Prinzipien."

Unabhängig von der unterschiedlichen Akzentuierung scheint die therapeutische Gemeinschaft die geeignete Methode in der Drogenarbeit zu sein. Eine freiwillige Motivation zumTherapieantritt scheint nicht erforderlich (wenngleich sie wünschenswert wäre), nur die zwangsweise Verbringung ist kontraindiziert, wie *Meyer-Fehr, Zimmer-Höfler* (1983) zeigen konnten.

In Einrichtungen zur Behandlungen von erwachsenen Alkoholikern und Medikamentenabhängigen hat die Realisierung der therapeutischen Gemeinschafts-Prinzipien eher traditionelle Formen, der hierarchische Aspekt innerhalb der Gruppe der Patienten wird nicht so sehr institutionell betont wie bei den Einrichtungen für Drogenabhängige (s. *Hudolin* 1967; *Lask* 1974; *Dominicus* 1974). Die therapeutische Gemeinschaft wird in den traditionellen freien Suchtbehandlungsstätten bisher vergleichsweise wenig realisiert, wohl weil die erforderliche Umwandlung eines hierarchischen Gefüges in ein paritätisch-

demokratisches System sehr viel Verunsicherung und Angst erzeugt (*Antons* 1977).

7.2.2 Anwendung in der Kindertherapie

In der stationären Behandlung von Kindern und Jugendlichen können gemeinschaftstherapeutische Prinzipien durchaus angewendet werden, empfehlen sich sogar insofern, als die Möglichkeit der Nachbildung des Familienmodells besteht, allerdings mit förderlichen Strukturen, die im allgemeinen Gegensatz zu den Erfahrungen stehen, die stark neurotisch-dissoziale Kinder bzw. Jugendliche in ihrem tatsächlichen Elternhaus machen. *Witt* (1980) beschreibt einen kindertherapeutischen Ansatz auf der Verbindung von Familienmodell und integrativer Gestalttherapie, wie sie *Petzold* (1980c) beschrieben hat. In ganz besonderem Maße dient die ,,therapeutische Familie" der Kompensation schwer gestörten ,,Urvertrauens" (*Erikson* 1981 [7]), von Kontaktunfähigkeit, von Interaktionsstörungen und der Weckung bzw. Förderung von Fähigkeiten und Interessen. Im Vordergrund des Umgangs steht Partnerschaftlichkeit im engagierten Miteinander, im Reden und Handeln.

Einen Ansatz, der gemeinschaftstherapeutische Arbeit mit einer Gruppe von rd. 48 dissozialen Jugendlichen in einem Heim zu verwirklichen sucht, beschreibt *Künzel* (1972). Das „Haus Sonnenberg" ist psychoanalytisch orientiert mit Betonung auf Gruppentherapie, Kreativtherapie und pädagogischer Milieutherapie.

Im Gegensatz zu den pädagogischen Mitarbeitern scheinen sich die psychotherapeutisch Tätigen einer gewissen Enthaltsamkeit gegenüber der Beteiligung am normalen Tagesablauf zu befleißigen. Die Bedeutung sozialen Lernens für die Mitarbeiter und die Jugendlichen wird betont. Institutionalisierte Formen für den offenen Informationsaustausch zwischen allen Beteiligten scheint es aber nicht zu geben.

Bettelheim (1970; 1975) behandelte in seiner Orthogenic School Kinder mit verschiedensten emotionalen Störungen. Das gesamte Setting wird in die Therapie einbezogen, ein totales psychotherapeutisches Setting geschaffen. Das Personal ist eng in die Gemeinschaft einbezogen und wohnt zum größten Teil im selben Haus wie die Kinder. Der gegenseitige offene Austausch, getragen von Akzeptanz, wird betont. Von den Mitarbeitern wird ein totales therapeutisches Engagement mit großer Toleranz gegenüber abweichendem Verhalten der Kinder gefordert. Die infantilen Bedürfnisse der Kinder sollen großzügig befriedigt werden. Dadurch wird eine vertrauensvolle Beziehung zu den Erwachsenen her gestellt. Besteht ein solches enges Verhältnis, werden die

Kinder ermuntert, sich im Sinne erwünschten sozialen Verhaltens zu ändern.

7.2.3 Anwendung in der Familientherapie

In der Familientherapie findet die therapeutische Gemeinschaft keine Anwendung, da diese nicht in einem institutionellen, stationären Setting stattfindet, sondern in Zeitintervallen in einer Beratungsstelle oder innerhalb des realen Lebensraumes der Familie.

7.2.4 Anwendung in der Gerontotherapie

Zu einem nicht unerheblichen Teil können alte Menschen heutzutage ihren Lebensabend nicht mehr im Kreise ihrer engsten Familienangehörigen verbringen. Sei es, weil sie einfach stören, sei es, weil sie wegen altersbedingter Abbauerscheinungen besonderer Pflege bedürfen, die insbesondere in der städtischen, industriellen Kultur von den Angehörigen nicht mehr erbracht werden kann. Aber auch viele alte Menschen selbst wollen ihren Kindern nicht zur Last fallen. So kommen sie in Alteninstitutionen, je nach Zustand und finanzieller Lage ein Altersheim, ein Pflegeheim oder eine Seniorenpension. Diese Institutionen sind quasi erzwungene Restlebensgemeinschaften, die ihre Bewohner durch Faktizitäten zwingen, sich in Abhängigkeit zu begeben mit zum Teil drastischen Einbußen an persönlicher Freiheit, Privatsphäre und Mobilität. Dieser ungeliebte Aufenthalt führt zu Vergiftung der Atmosphäre, Resignation und Ausweichen in Regression und Senilität.

In diesem Rahmen bietet sich das Modell der therapeutischen Gemeinschaft geradezu an. *Petzold* (1980b) schreibt: „Sie ermöglicht eine gute Eigenaktivierung, ohne diese jedoch voll ausschöpfen zu können. Sie wird der Würde des alten Menschen als Subjekt, das partnerschaftlich angesprochen und nicht kustodial ‚zu Tode gepflegt' werden soll, besser gerecht als eine allein versorgend ausgerichtete und autoritär strukturierte Einrichtung."

Günstiger für die Entwicklung von Gemeinschaftlichkeit ist ein Kleinheim, etwa in Form einer therapeutischen Wohngruppe mit 8 bis 16 Bewohnern. Je nach Status werden neben der Förderung von gemeinsamen Aktivitäten soziotherapeutische, agogische oder gruppentherapeutische Interventionen stehen. Hier haben sich nach Meinung von *Petzold* (1980b), *Jones* (1976a) oder *Clark* (1977b) besonders Verfahren dramatischer Therapie, ähnlich dem Psychodrama *Morenos*, bewährt.

Diese Form der Umgestaltung von Alteneinrichtungen ist nicht nur ein humaner Akt, sondern sie ermöglichen ein höheres Selbstwertgefühl, wirken einer Identitätsdesintegration entgegen und vermitteln den alten Menschen neue Interaktionspartner und wichtige persönliche Beziehungen. *Moreno* (1947 zit.n. *Petzold* 1980b) vertrat die Auffassung, daß die Identität eines Menschen geprägt ist von seiner sozialen Mikrostruktur. Durch Wegfall der wichtigsten Interaktionspartner (Ehepartner, Kinder, Verwandte oder Freunde) verarmt die soziale Struktur, das „soziale Atom", wie *Moreno* das nennt und führt zum „sozialen Tod" schon vor dem leiblichen Tod. *Petzold* (1979) konnte die Regeneration des „sozialen Atoms" durch gemeinschaftsorientierte Interventionen in der Arbeit mit alten Menschen empirisch belegen.

Wenn auch von einigen Ansätzen berichtet wird (so: *Grauer* 1971; *Hochschild* 1973; *Hummel, Hummel-Steimer* 1979; *Petzold* 1980b), so muß doch für die gegenwärtige Situation festgestellt werden, daß der therapeutische Gemeinschaftsansatz in der Altenarbeit bisher kaum Einfluß gewonnen hat. Es besteht die berechtigte Hoffnung auf stärkere Verbreitung in der Zukunft, da die Situation alter Menschen stärker in das Bewußtsein der Öffentlichkeit rückt, nicht zuletzt wegen der Aktivitäten von Selbsthilfegruppen wie der „Grauen Panther" (s. *Moeller* 1978) und der gesetzlich geregelten Mitwirkung der Heimbewohner an Verwaltung und Gestaltung der Heime.

7.3. Nicht-klinische Anwendungsbereiche

Eigentlich für die Anwendung innerhalb klinischer Institutionen entwickelt, bietet es sich jedoch an, die Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft auf andere Bereiche institutionalisierten menschlichen Zusammenlebens auszudehnen, deren Kontrakt nicht primär therapeutischer Natur ist, so wie es *Jones* (1968) und *Clark* (1977b) betonen

7.3.1. Anwendung in der Präventation

Es ist naheliegend, daß sich die wesentlichen Begründer der therapeutischen Gemeinschaft, die als eine Hauptursache von psychosozialen Störungen Entfremdungsprozesse ausmachen, Vorschläge entwickeln, wie diese besser zu verhindern seien. *Jones* (1976b) sieht ein Grundmodell darin, daß alle wesentlichen Institutionen (z.B. Behörden, Schulen, Krankenhäuser, Gefängnisse, Altenheime) so etwas wie geschlossene Systeme darstellen mit einer Einweg-Kommunikation, die keine wirkliche Mitbeteiligung der Mitglieder und Betroffenen zulassen. Er hält es für wichtig zur Förderung einer gesunden Entwicklung,

daß sie sich in offene Systeme wandeln, und fordert, bei den Schulen zu beginnen. Die Schüler sollen mitverantwortlich in den Unterricht einbezogen werden, der mehr im Sinne sozialen Lernens verstanden werden müßte, anstatt über die Bedürfnislage der Schüler hinweg einen „toten" Stoff durchzupauken. Indem sie verantwortlich teilhaben an dem, was mit ihnen und den Menschen in ihrer Umwelt geschieht, würde die Identifikation und Solidarität wachsen. Allerdings glaubt *Jones*, daß diese Art der Umstrukturierung von Schule im Sinne eines Lernens als sozialem Prozeß das Einverständnis der Bevölkerung erfordert und hält deshalb eine Umwandlung in der gegenwärtig bestimmenden Generation für unrealistisch. Die Schulprojekte, die in vorbenanntem Sinne ein neues Lern- und Lehrverständnis begründen, stellen gegenwärtig nur einzelne, oftmals kurzlebige Alternativprojekte dar (siehe dazu 7.3.3). Eine konsequente Weiterentwicklung der Leitlinien der therapeutischen Gemeinschaft, daß die gesamte relevante Umwelt einbezogen werden muß in den Therapieprozeß, ist der Gedanke der Gemeindepsychiatrie, die vor Ort innerhalb der alltäglichen Lebenszusammenhänge wirken will. Sie stellt den Versuch dar, „Probleme und Konflikte dort lösen zu helfen, wo sie auftreten, und mit denjenigen, die an ihrem Zustandekommen beteiligt sind" (*Pörksen* 1974). Auf diese Weise wirkt sie präventiv, sie hilft, pathologische Entwicklungen zu verändern, bevor sie so chronifiziert sind, daß eine institutionelle Lösung nötig wird.

Die Verhütung einer pathologischen Entwicklung bzw. die Verhinderung ihrer Chronifizierung wird primäre bzw. sekundäre Prävention genannt (*Cooper, Kunze* (1983)). Die Rückfallprophylaxe nach erfolgreicher stationärer Behandlung, die tertiäre Prävention, bedarf vielfach abgestufter Übergangsmaßnahmen, wie z. B. Tages- und Nachtkliniken, therapeutischer Wohngemeinschaften, Lehrwerkstätten oder besonderer Schulprojekte. In ihnen bietet sich die Strukturierung nach den Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft ganz besonders an, wie es beispielhaft in der Therapieschule der *Therapiekette Niedersachsen* für Drogengefährdete und ehemals Drogenabhängige geschieht (s. *Abel, Kehe* et al. 1979).

7.3.2 Anwendung in der Soziotherapie

Soziotherapie wird in der Regel synonym verwandt zu dem Begriff „Milieutherapie" und soll das Bemühen bezeichnen, „Menschen bei ihrem Streben nach Veränderung behilflich zu sein, indem wir auf ihre Lebensweise Einfluß nehmen" (*Clark* 1977b). Die übliche begriffliche Trennung von Psychotherapie auf der einen Seite und Soziotherapie

auf der anderen Seite scheint mir nicht ganz glücklich, da beide im wesentlichen dasselbe wollen, nämlich eine Veränderung des Verhaltens und Erlebens im sozialen Kontext, und beide bei richtiger Anwendung das jeweils andere einschließen. Die Schwerpunktsetzung ist abhängig von der Situation, der Zielsetzung und den zusammenfließenden Bedürfnissen der Beteiligten. Wie weiter oben beschrieben, betont der Ansatz der therapeutischen Gemeinschaft den interpersonalen Kontext und will schon durch soziales Lernen Veränderung bewirken, ist also an sich ein soziotherapeutischer Ansatz. Psychotherapie, eher zentriert auf das innerseelische Erleben, kann so gesehen eine Unterstützung der Optimierung der Bedingungen des sozialen Lernens sein.

7.3.2.1 Strafvollzug

In Strafanstalten eingewiesen werden Mitglieder der Gesellschaft, die gegen imperative Normen, d. h. Gesetze verstoßen. Immer wieder anschwellend und abebbend ist die Diskussion nach dem Auftrag der Strafanstalten: sollen sie primär rächen oder rehabilitieren? Hier spielt eine wesentliche Rolle das Verständnis vom rechtbrechenden Menschen. Allgemein akzeptierte Tatsache ist hingegen, daß durchaus viele Gefangene zumindest *auch* behandlungsbedürftig sind.

Der rehabilitative Impetus drückt sich — in der Bundesrepublik und anderen westlichen Ländern — durch Einrichtung von „Sozialtherapeutischen Modellanstalten" im Rahmen des Strafvollzuges aus. Die therapeutische Gemeinschaft hat das Interesse von Kriminologen stark auf sich gezogen, da man hoffte, daß durch sie die Entfremdung und Verweigerung der Gefangenen aufgehoben werden könnte und gegenseitige Erziehung und Hilfestellung eine erfolgreiche Unterstützung einer Rehabilitation darstellen würden. Die Forderungen der therapeutischen Gemeinschaft: offene Kommunikation, Aktivität, weitgehende Selbstverantwortung, Einbeziehung aller Beteiligten in den Prozeß steht diametral entgegen dem Sicherungs- und Strafauftrag. Eigeninitiative von Insassen wird in dieser totalen Institution im Grunde nicht geduldet, sondern eher unterdrückt, bis, wie *Clark* (1977b) es drastisch ausdrückt, „ihre Energien verbraucht und ihre Persönlichkeiten zu grauer Anonymität verfallen waren (...)".
Diese widersprüchlichen Interessen lassen keine offene Kommunikation aufkommen. Die Realisierung von therapeutischen Gemeinschaften im Rahmen des Vollzuges kann nur Sinn machen, wenn die Vollzugslösung in den Hintergrund tritt und sich kleinere Einheiten mit therapeutischer Orientierung bilden können, losgelöst von der Strafvoll-

zugsbehörde. Den Versuch der Realisierung einer therapeutischen Gemeinschaft im Strafvollzug aus letzter Zeit beschreibt *Keil* (1980); wenn auch nur angedeutet, zeichnet sich ab, daß strafvollzugliche Zwänge die Installierung einer therapeutischen Gemeinschaft stark behindern.

Einen frühen Versuch der Bildung einer therapeutischen Gemeinschaft im Strafvollzug beschreiben *Moreno* (s. *Moreno, Within* 1932), der eine Zeitlang als Gefängnispsychiater in Sing-Sing gearbeitet hatte. Später haben Mitarbeiter und Schüler *Morenos* weitere Versuche mit therapeutischen Gemeinschaften im Strafvollzug gemacht, so *Eliasoph* (1958), *Corsini* (1951) und *Haskel* (1961).

7.3.2.2 Heime

Im 19. Jahrhundert entstanden vielfältige Formen von Heimen, z. B. für Obdachlose, Nichtseßhafte, Waisen oder Arme. Eine Entwicklung dieses Jahrhunderts sind sog. Übergangsheime für z. B. entlassene psychiatrische Patienten.

Um eine optimale Förderung von Wachstum und Entfaltung zu ermöglichen und gemeinschaftliche Selbsthilfekräfte anzuregen, kann in diesen Bereichen die Schaffung von therapeutischen Gemeinschaften sehr nützlich sein. In der Realität herrschen aber wohl leider immer noch Strukturen vor, die mehr an vordergründigen Interessen der Träger orientiert sind (z. B. problemlose „Haltung" der Insassen). Einen Versuch der Installierung einer therapeutischen Gemeinschaft in einem Heim für Nichtseßhafte beschreibt *Baumann* (1980). Für diese Klientel gilt es in ganz besonderem Maße, eine Heimstatt zur Verfügung zu stellen, mit der sie sich identifizieren können, die ihrem Gefühl der Heimat- und Wurzellosigkeit eine entgegengesetzte Erfahrung ermöglicht.

7.3.3 Anwendung in der Pädagogik und Agogik

Jones (1976b) kritisiert am staatlichen Schulsystem, daß dort die Einwegkommunikation vorherrsche; dem Schüler ist eine passiv-rezeptorische Rolle zugedacht. Er hat wenig an Informationen teil, die über reines Fachwissen der einzelnen Schulfächer hinausgehen, ihm wird kein wesentliches Mitspracherecht in der Schule zugebilligt. Soziales Lernen findet nicht statt. Eine solche Schule trüge nicht dazu bei, daß Schüler Lernen zu ihrer eigenen Sache machten und sich zu selbst- und sozialverantwortlichen Menschen entwickeln könnten. Daß die Schule in wissens- und verhaltensmäßiger Hinsicht ein Instrument der „Anpassung" ist, wird von niemandem bestritten - weder

von denen, die es befürworten, noch (natürlich) von denen, die es kritisieren.

Die Technisierung, Typisierung und Nivellierung der schulischen Erziehung berücksichtigt wenig die Motivationslage des einzelnen Schülers, entfremdet ihn von der Schule und, was gefährlicher ist, von sich selbst. Die Idee der therapeutischen Gemeinschaft könnte dazu beitragen, Bildungssysteme menschlicher zu machen, indem sie den Lebenshintergrund und die Bedürfnisse der Schüler (und Lehrer) stärker berücksichtigt. Erst die Möglichkeit, die Schule aktiv mitgestalten zu können, ermöglicht die innere Anteilnahme, gibt eine Identifizierungsmöglichkeit. *Jones* (1976b) schlägt vor, gemeinsame, offene Konferenzen von Lehrern und Schülern einzurichten, um Angelegenheiten der ganzen Schule zu erörtern, und auch gemeinsame Besprechungen auf der Klassenebene durchzuführen und die Schulsituation so zu strukturieren, daß freie Kommunikation unter allen Beteiligten möglich wird und Gelegenheiten zum lebendigen Lernen geschaffen werden.

Er behauptet, daß viele Probleme der Menschen vermieden werden könnten, würde das Schulsystem mehr das Lernen als sozialen Prozeß begreifen, anstatt sich als reine Faktenvermittlungsanstalt zu verstehen.

Einen ähnlichen Ansatz finden wir in der integrativen Gestaltpädagogik (s. *Petzold, Brown* (1977). *Signer* (1977) schreibt dazu: „Er (der Lehrer d. A.) durchläuft in gemeinsamer Bemühung mit seinen Schülern Such- und Lernprozesse, wobei Fähigkeiten und Fertigkeiten sowie vorhandenes Wissen ausgeschöpft und erzielte Ergebnisse laufend ausgetauscht werden. Mit zunehmender Verselbständigung der Schüler steuern diese das Lerngeschehen weitgehend selbst und übernehmen dafür optimale Eigenverantwortung (...)". Da die Schule Teil des klassischen Verwaltungssystems ist, wird die Verwirklichung solcher Erziehungspraktiken mit Widerständen verbunden sein. Andere schlagen deshalb den Weg vor, Alternativschulen zu schaffen. Diesen Weg schlug *Goodman* (1957) ein, ein radikaler Demokrat, der sich oftmals selbst als Anarchisten bezeichnete (*Blankertz* 1980). Er konzipierte und förderte „free schools". Eine von ihnen, die First Street School in New York, gründete 1964 sein Freund *Dennison* (1971) für Slum-Kinder. „Free Schools" fanden sich in den USA zu hunderten, zu verstehen als Kritik am staatlichen Einheitssystem, motiviert aus den verschiedensten philosophischen und politischen Überzeugungen. Gemeinsame Grundsätze aber sind: überschaubare, kleine Schule, in der jeder mit jedem in interpersonale Beziehung treten kann; förderliche Wirkungen gehen nur von Gruppen aus, die auf den einzelnen eingehen und auf

ihn Rücksicht nehmen; die Schule darf keine Insel sein, sie muß die soziale Wirklichkeit der in ihr Befindlichen mit hineinnehmen; Lernen kann nur als sinnvoll erlebt werden, wenn es den ganzen Menschen angeht.

Weitere, bekannt gewordenen Realisierungen sind z. B. Summerhill (*Neill* 1969), die Tvind-Schulen (s. *Schulte* 1977) oder Escuela Viva in Orellana (s. *van Dick* 1979).

Das was die Umorientierung des Bildungswesens für Kinder und Jugendliche betrifft, kann gleichermaßen für Erwachsene gelten, indem die lebendige Erfahrung an die Stelle von „Wortlehren" und „Maulbrauchen" tritt (*Petzold, Sieper* 1977).

8. Evaluation und Forschung

Erfolgsforschung an therapeutischen Gemeinschaften, die den üblichen, aus den Naturwissenschaften übernommenen Kriterien entspricht, scheint kaum möglich. *Clark* (1977a) meint dazu, daß die streng vergleichende Methode, die z. B. durchgeführt werden kann, um die Wirksamkeit zweier Medikamente bei derselben Indikationsstellung zu vergleichen, nicht angewandt werden kann, um ein Versorgungssystem für heterogene Menschen über längere Zeit zu prüfen, da dort die Anwendung von Placebos oder Kontrollgruppen aus ethischen und juristischen Erwägungen unterbleiben muß. *Teusch* (1977) vertritt darüber hinaus die Auffassung, daß die wesentlichsten Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft eher den Grundrechten der Verfassung entsprechen und somit keinem statistischen Signifikanztest zu unterziehen seien.

Zusätzlich erschwert ist die Erforschung lebendiger sozialer Gebilde durch mögliche Interessenskonflikte. Die engagierte Mitarbeit der zu Untersuchenden kann meist nur gewonnen werden, wenn sie sich von dem Forschungsvorhaben Erkenntnis- und Handlungsgewinn versprechen. Hier könnte die Aktionsforschung ein gangbarer Weg sein. Auf diese Weise hat *Rapoport* (1960) die therapeutische Gemeinschaft von *Jones* im Henderson Hospital analysiert und konnte differenzierte Ergebnisse vorlegen. Eine Vergleichsstudie legt *Clark* (1965) vor und fand heraus, daß eine therapeutische Gemeinschaft für psychiatrische Patienten eine kürzere Aufenthaltsdauer hatte als eine konventionelle Einrichtung bei gleich hoher Rückfallquote. Eine andere Untersuchung, die die Behandlungsergebnisse einer therapeutischen Gemeinschaft und einer herkömmlichen Station für Schizophrene verglich, zeigte, daß die ehemaligen Patienten der therapeutischen Gemein-

schaft rascher zu kommunikativem Verhalten zurückkehrten und über weniger Halluzinationen berichteten (*Myers, Clark* 1972).

Zimmer-Höfler, Meyer-Fehr (1983), die Opiatabhängige in therapeutischen Gemeinschaften, Methadon-Programmen und im Strafvollzug verglichen, erkannten, daß die in therapeutischer Gemeinschaft befindlichen Abhängigen sich bezüglich Drogenverzichtsbereitschaft und Zukunftsorientiertheit signifikant besser entwickelten als diejenigen, die sich in den anderen Programmen befanden.

Diese Einzelergebnisse können aber nicht darüber hinwegtäuschen, daß es recht wenig vergleichende Forschungsergebnisse gibt, die die spezifische Wirksamkeit der therapeutischen Gemeinschaft oder bestimmter Variablen verifiziert.

Übereinstimmung findet sich bei Durchsicht der Literatur, daß die Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft insgesamt das Klima innerhalb der Mitarbeiterschaft gebessert haben. Menschlichere Umgangsformen, eine stärkere Einbindung des Personals in alle Entscheidungsprozesse, die Betonung auch der früher für weniger wichtig geachteten Mitarbeiter (z. B. Pflegepersonal) als relevante Glieder der therapeutischen Gemeinschaft haben zu einer Intensivierung aller Potentiale und zu größerem Engagement geführt. Dieser Innovations- und Motivationsschub, gepaart mit der optimistischen Haltung, die Patienten könnten sich positiv verändern, hat genau zu solchen Ergebnissen geführt (s. z. B. *Ploeger* 1972; *Clark* 1977b; *Wilmer* 1958). Dies kann als erwünschter ,,Rosenthal-Effekt" bezeichnet werden (s. *Rosenthal* 1963; *Rosenthal, Jacobson* 1966). *Frank* (1981) hält diesen Effekt für einen wesentlichen Wirkfaktor aller Therapien.

9. Kritische Reflexion des Verfahrens

Die unklare Definition des Begriffs ,,Therapeutische Gemeinschaft" und das Fehlen einer umfassenden Theorie erschweren eine Identifizierung und befriedigende Bewertung des Verfahrens. Es weckt Vorstellungen von Gleichheit, Demokratie, Toleranz und Solidarität. Für *Clark* (1965) ist er deshalb sowohl eine Behandlung wie eine Methode, ein Therapiesystem wie ein Schlachtruf und ein Zauber wie eine Losung. Durch die Literatur hindurch zieht sich eine Polarisierung von engagierten Befürwortern und Gegnern. *Hobson* (1979) hält die therapeutische Gemeinschaft für eine messianische Gemeinschaft, für *Zeitlyn* (1967) ist sie schlicht eine Phantasie. *Hilpert, Schwarz* (1981) meinen, daß sich zur Mitarbeit in einer therapeutischen Gemeinschaft besonders solche Menschen angezogen fühlen, deren Verhältnis zu

Autorität problematisch ist, die Schwierigkeiten in ihrer Identitätsfindung haben und Psychotherapie auf sozialpolitische Aktivitäten reduzieren. Hieraus ergebe sich die Tendenz einer therapeutischen Gemeinschaft, sich von der Außenwelt abzuschließen und alle unangenehmen Gefühle und Spannungen auf die Umwelt bzw. die Gesellschaft zu projizieren. In der Tat ergeben sich Probleme daraus, daß sich die Normen und Werte zu weit von der Außenwelt entfernen, in die die Patienten rehabilitiert werden sollen, z. B. ein „positiver" Hospitalismus, der die Klienten hindert, die therapeutische Gemeinschaft überhaupt wieder verlassen zu wollen oder eine erneute Resozialisierung wegen Fehlangepaßtheit notwendig macht (*Rapoport* 1960). Die Betonung psychotherapeutischer Akzentuierung traditioneller Provinienz verschiebt den Akzent vom Handeln auf die Reflexion dieses Handelns (*Krüger* 1979) mit der Gefahr eines artifiziellen Binnenmilieus und der Realitätsverleugnung (*Häfner* 1966; *Krüger* 1972; *Miller* 1964; *Foudraine* 1973).

Deshalb ist die Offenheit des Systems, seine Hinwendung zur Außenwelt und ihre konkrete Einbeziehung außerordentlich wichtig, und die therapeutische Kultur muß sich am Alltagshandeln orientieren (*Jones* 1976a; 1976b).

Das Konzept der therapeutischen Gemeinschaft bietet die große Chance, die verkrusteten Rollenfestschreibungen, die als entwicklungshemmend angesehen werden müssen, zu überwinden und zu einer neuen Art des Umgangs miteinander zu finden, die die Fähigkeiten des einzelnen, Patient wie Mitarbeiter, optimal zur Geltung kommen läßt. Es bietet die Gelegenheit, sich selbst als Handelnden in eigener Verantwortung wahrzunehmen und so umfassende, bedeutsame Lernerfahrungen zu machen.

Die therapeutische Gemeinschaft ist aber nun keine Insel, sie ist eingebunden in institutionelle Zusammenhänge und abhängig von denen, die sie finanziell unterhalten. Sie steht deshalb ständig unter Konformitäts- und Rechtfertigungsdruck, was sie zwingt, Kompromisse einzugehen.

Die Außenwelt, von hierarchischem Denken bestimmt, verlangt die Benennung eines Leiters, der sich für alle Vorgänge in der therapeutischen Gemeinschaft zu rechtfertigen hat. Die Entwicklung eines eigenständigen Binnenmilieus wird so durch äußere Zwänge beeinträchtigt.

Die Aufhebung üblicher Hierarchien und Rollenverteilungen bedeutet einen immensen Streß, da sie den gängigen Sozialisationsmustern innerhalb der Gesellschaft zuwiderläuft und es so in der Regel zu erheblichen Rollenunsicherheiten kommt.

Die Rollenkonfusion und die Orientierung am lebendigen Lernen für alle findet ihre Grenzen da, wo ein Mindestmaß an organisatorischer Absicherung erforderlich ist. Fehlt dieses, kollabiert die therapeutische Gemeinschaft über kurz oder lang — ein willkommener Anlaß für jene, denen die therapeutische Gemeinschaft suspekt ist, einzugreifen und altbewährte Strukturen einzuführen.

Die Auflösung starrer Rollenzuweisungen verleitet gar zu leicht zu Konfusion und Egalitarismus, wo dann nicht nur die vertikale Ordnung aufgehoben ist, sondern auch die horizontale (jeder ist gleich und jeder kann alles). Dieses würde allerdings tatsächlich unterschiedliche fachliche und personale Kompetenzen ignorieren. In Abkehr von der eher klassischen 1-Person-Leitung schlagen *Jones* (1976a) und *Morrice* (1981) die kollektive Führung im Sinne eines Leitungsteams vor, da unterschiedliche Situationen unterschiedlicher Leiter bedürfen (einer kann nicht alles). Der Verzicht auf traditionelle Führungsstrukturen verlangt eine sehr reife und kohäsive Mitarbeiterschaft, die in der Lage ist, mit Differenzen und persönlichen Rivalitäten konstruktiv umzugehen und sie sogar zu einer Quelle von Wachstum zu nutzen. Alle Erfahrung zeigt, daß dazu im allgemeinen die Hilfestellung durch kompetente externe Supervision von Nöten ist (s. dazu: *Höhfeld* (1980); *Lemke* (1980)). Die Absicht, den Patienten akzeptierend zu begegnen und ihnen möglichst viel Verantwortung zu überlassen, führt leicht zu dem Mißverständnis, ein laisser-faire-Stil und allgemeine Freundlichkeit sei bereits Partnerschaft.

Für Patienten bedeutet die Rollenverschiebung in der therapeutischen Gemeinschaft (Entscheidungskompetenz, Selbstverantwortung), die komplementär zur klassischen Krankenrolle ist (passiv, kooperativ-akzeptierend, nicht für sich verantwortlich), eine oftmals starke Verunsicherung. Ihnen wird oft dort Selbstverantwortung signalisiert, wo sie sich abhängig verhalten möchten. *Simon et al.* (1977) fassen die Widersprüchlichkeit einiger therapeutischen Gemeinschaftsprinzipien zu den realen Möglichkeiten als paradoxe Handlungsaufforderungen zusammen. Geht die therapeutische Gemeinschaft von der Vorstellung aus, daß das Verhältnis zwischen Mitarbeitern und Patienten gleichberechtigt zu sein habe, so werde aber übersehen, „daß im Rahmen der Institution und ihrer gesamtgesellschaftlichen Funktion ein derartiges Verhältnis unmöglich und utopisch ist" (*Simon et al.* 1977). Solche widersprüchlichen Aufforderungen sind z. B. enthalten in den Sätzen: Du *sollst* eigenverantwortlich sein, aber die Verantwortung für dich hat das Team; oder: wir befehlen Dir, gleichberechtigt sein zu wollen!

Schittar (1971) betont denn auch, daß die therapeutische Gemeinschaft gar nicht wirklich zu einer mündigen und gleichberechtigten Teilnahme der Patienten führe, sondern eine subtilere Form der Machtausübung, „nichts anderes als eine verspätete Anpassung der Formen sozialer Kontrolle über pathologische Verhaltensweisen an die in den letzten 40 Jahren durch das Werk der Soziologen und Massenkommunikationsexperten perfektionierten Produktionsmethoden" sei.

Wenn auch das Resumee *Schittars* für überspitzt gehalten werden muß, so wird doch deutlich, daß der Anspruch einer egalitären therapeutischen Gemeinschaft faktisch Ungleicher Illusion ist.Sie kann sich — wenn überhaupt — nur in einer von institutionellen Zwängen freien Lebensgemeinschaft im Verlaufe längerer Zeiträume entwickeln.

Die Intention der therapeutischen Gemeinschaft, die erkannten Mängel des Kustodialismus zu vermeiden und die Patienten optimal in ihrer gesunden Entwicklung zu fördern, verlangt eine einfühlsame Balance und Flexibilität zwischen der Beachtung individueller Aspekte sowie sozialpsychologischer und gruppendynamischer Phänomene. Das erfordert ständige Aufmerksamkeit und die Bereitschaft zur Reflexion dessen, was der einzelne in der Gemeinschaft bewirkt, was er der Gemeinschaft antut und was ihm angetan wird (*Hilpert, Schwarz* 1981). Dies gilt für die Patienten, aber ganz besonders für die Mitarbeiter.

Die beabsichtigte tiefe persönliche Begegnung aller Mitglieder der Gemeinschaft führt zu einem intensiven Lern- und Veränderungsprozeß, trotz oder wegen aller Krisen, die der einzelne oder die Gemeinschaft dabei durchmacht. Die Intimität der interpersonalen Beziehungen, die ständige Analyse aller Interaktionen, die hohen Anforderungen an flexibles Verhalten und Denken stellen einen so hohen Anspruch dar, daß ihm nur wenige Mitarbeiter genügen und auch kaum alle Patienten. Einige Autoren halten deshalb auch die therapeutische Gemeinschaft für eine elitäre Therapiemethode, so z. B. *Zeitlyn* (1967), *Harrington* (1970). Die meisten Versuche, therapeutische Gemeinschaften im Rahmen vorhandener Institutionen einzuführen, sind auch im Laufe der Zeit abgebrochen worden, entweder von den Initiatoren selbst oder vom institutionellen Träger. Zumeist scheitern die Projekte daran, daß die Konstituierung gemeinschaftstherapeutischer Arbeit langer Zeit bedarf, da niemand für sie anders lernen kann als im lebendigen Lernprozeß innerhalb einer therapeutischen Gemeinschaft. *Heim* (1978b) veranschlagt aufgrund eigener Erfahrungen einen Entwicklungszeitraum von 5 bis 10 Jahren (siehe auch: *Clark* 1977b; *Rapoport* 1960; *Ploeger* 1972;*Kayser u.a.* 1973). Jede Stufe der Reali-

sierung zeitigt im Binnen- wie im Außenverhältnis besondere Abwehrformen.

Trotz aller Kritik müssen die wesentlichen Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft für außerordentlich wirksam gehalten werden. Wenn wir auch insgesamt noch wenige vollständig realisierte therapeutische Gemeinschaften finden, so sind doch viele ihrer Ideen in der therapeutischen Praxis (und darüber hinaus) weithin anerkannt. Dazu gehören die gemeinsamen Besprechungen von Patienten und Personal, die Betreuung der Patienten mit vielen Aufgaben, die anderswo vom Personal wahrgenommen werden, die Überzeugung, daß die Patienten sich gegenseitig helfen können und die Auflockerung formalisierter professioneller Rollen.

10. Beispiel

Recht schwierig erscheint es, das Leben einer therapeutischen Gemeinschaft in ihren charakteristischen Zügen anschaulich werden zu lassen. Recht gelungen ist *Clarks* (1977b) Beschreibung einer nach gemeinschafts-therapeutischen Prinzipien organisierten psychiatrischen Station, wie sie sich dem Besucher darstellen kann:

„Wer als Besucher in eine therapeutische Gemeinschaft kommt, wird häufig einen schlechten ersten Eindruck gewinnen. Die Tür steht offen, gewiß, aber es ist niemand in der Nähe. Alles sieht etwas schlampig und keineswegs so aus, als sei hier vor kurzem sauber gemacht worden. Es laufen zwar auch Leute herum, aber es läßt sich nicht feststellen, wer oder was sie sind; sie tragen alle lässige Kleidung und reden sich mit ihren Vornamen an. Selbst wenn es dem Besucher gelingt, sich jemandem vorzustellen, der ihm antwortet, so wird doch kaum einer besonders daran interessiert sein, ihn ‚herumzuführen'; eher kann es ihm passieren, daß er unversehens mitten in eine Gruppe von Leuten gerät, die sich gerade mit einem schwierigen Problem eines ihrer Mitglieder auseinandersetzt.

Bleibt der Besucher einige Stunden oder gar ein bis zwei Tage, dann wird er rasch in das Leben der Gemeinschaft hineingezogen und sieht sich selbst mit der augenblicklichen Krise befaßt. Außer den vielen formlosen Zusammenkünften und Krisenbesprechungen, die er erlebt, wird man ihn zu den Gemeinschaftstreffen mitnehmen, die mehr oder weniger formal verlaufen — es gibt einen Vorsitzenden, es wird ein Protokoll geführt, und man wird ihn auffordern, über seine Person und sein spezielles Anliegen Auskunft zu geben. Möglicherweise wird er genau über seine Arbeit oder seine Motive für den Besuch der Gemeinschaft ausgefragt. Er wird sich rasch von der Gemeinschaft akzeptiert sehen, wird Aufgaben erhalten, um seine Meinung gebeten werden — und anschließend wegen seiner Antwort scharf kritisiert werden. Das Erlebnis wird ihn aufwühlen, und innerhalb eines Tages wird er sich abwechselnd erheitert, stark verärgert, verwirrt, herausgefordert und vor den Kopf gestoßen fühlen.

Allmählich wird er zwischen den Anwesenden unterscheiden, die Ärzte, die Sozialarbeiter, die Schwestern und die Patienten erkennen; gleichzeitig wird er feststellen, daß die Barrieren zwischen den einzelnen Rollen niedrig sind und daß jedem einzelnen in der Gruppe jederzeit die Führung zufallen kann. Häufig entpuppt sich gerade das gewandte-

ste, positivste und überzeugendste Mitglied der Gruppe als ein Patient, der sich eben jetzt in einer Phase der Identifikation mit einer der professionellen Rollen befindet, oder man erkennt in einem besonders aufgebrachten, erregten und verstörten Menschen einen Angehörigen des Personals, der sich gerade durch eine persönliche Krise hindurcharbeitet.

Wenn der Besucher tatsächlich das ganze Haus kennenlernt, dann wird es wie eine große, etwas nachlässig geleitete Pension auf ihn wirken. In den Schlafräumen türmen sich die Kleidungsstücke, die Wände sind mit Plakaten bedeckt, Radios spielen, ohne daß jemand zuhört; manche Betten sind gemacht, andere unordentlich zusammen geworfen. Ein beliebter Treffpunkt ist die Küche, sie ist unaufgeräumt, ja sogar unsauber — aber man bekommt hier immer eine Tasse Kaffee; das ‚Büro' ist in der Regel voll von Leuten, die eine Krisenbesprechung abhalten, während das Telefon unbeachtet vor sich hinklingelt.

Es gibt auch Werkstätten, Kunstzirkel und andere Arbeitsgemeinschaften, aber der Hauptzweck ist das Gespräch und die Interaktion; man erkennt rasch, daß viele Insassen schwer gestörte Menschen sind, die schon eine ganze Reihe von Selbstmordversuchen, Zusammenbrüchen und Krankenhausaufenthalten hinter sich haben, und häufig brechen ungestüme Gefühle explosionsartig hervor.

Charakteristisch für die therapeutische Gemeinschaft ist das unterschiedliche Echo, das sie findet. Unter der Belegschaft kann man auf überzeugte Anhänger dieser Idee treffen, die sich geradezu messianisch gebärden in ihrem Bestreben, die ganze Welt nach diesem Muster auszurichten; andere wieder äußern nichts als Kritik und Klage. Auch die Patienten erinnern sich dieser Erfahrung oft mit gemischten Gefühlen: ‚Ich kam mir vor wie in einem Dampftopf — immerzu Emotionen, Krisen, niemals Ruhe. Aber ich war tatsächlich gezwungen, mich mit gewissen unerfreulichen Dingen in mir selbst zu beschäftigen, und ich komme jetzt ohne Zweifel besser zurecht. Ich besuche sie noch häufig, aber ich hoffe, daß ich niemals wieder hinein muß.' "

Nicht alles an diesem Beispiel ist übertragbar, schon gar nicht die Unordnung und mangelnde Sauberkeit, aber deutlich wird die Lebendigkeit des Lebens und Lernens, wie sie für ein offenes und repressionsarmes Gemeinwesen typisch ist.

11. Zusammenfassung

Die therapeutische Gemeinschaft, wie sie von *Maxwell Jones* ausgearbeitet wurde, ist nicht als ein von anderen Therapiemethoden losgelöstes Verfahren zu betrachten. Ihr Ziel und Zweck ist es, die Beziehungen von Menschen, die mit therapeutischer Absicht zusammen leben und arbeiten, neu zu definieren und die Institution, in der diese Arbeit stattfindet, einzubeziehen. Diese wird als sozialer Organismus verstanden, in dem alle Teilbereiche in enger Wechselwirkung stehen, weshalb sie alle aktiv als Ganzheit in die Behandlung einbezogen werden müssen.

Die therapeutische Gemeinschaft betont die Notwendigkeit der holistischen Betrachtungsweise des Menschen und seine soziale Eingebundenheit. Als Ursache für die meisten psychosozialen Probleme sieht

sie Störungen in den interpersonalen Beziehungen und weniger im intraindividuellen Rapport.

In ihrem Mittelpunkt steht der partnerschaftliche, intersubjektive Umgang aller Gemeinschaftsmitglieder miteinander und beinhaltet damit die Konzepte der Begegnung, des offenen Austausches und der Solidarität. Ihr Ziel ist die Konstituierung unverfremdeter Identität und Emanzipation; jedem Mitglied, ob zum Personal gehörig oder zur Patientengruppe, soll ermöglicht werden, die Person zu werden, die es gerne sein möchte. Sie sucht dies zu erreichen, indem sie der Gemeinschaft als ganzer und jedem einzelnen eine optimale Verantwortung überträgt und diese nicht ausdrücklich dem geschulten Personal überläßt. Dazu soll anstelle der klassischen hierarchischen Rollenordnung eine demokratische treten. Die Dichotomie Behandler/Behandelter wird aufgelockert. Alle sollen sich als gleichermaßen Handelnde im gemeinschaftstherapeutischen Reifungs- und Lernprozeß verstehen, in dem Entscheidungen und Vorgänge, die alle berühren, gemeinsam getragen werden. Jeder kann von jedem lernen. Besonderer Wert wird dabei darauf gelegt, daß sich konsistente, förderliche Formen des Umgangs miteinander entwickeln und konsensuelle Auffassungen hinsichtlich des Stiles der Bearbeitung von Problemen, der Bewertung und der Entwicklung von Lösungen entstehen.

Da die therapeutische Gemeinschaft nur in Verbindung mit einer therapeutischen Schulrichtung realisierbar ist, bietet sie schon von daher kein einheitliches Bild und verfügt deshalb auch nicht über eine eigene Persönlichkeitstheorie und ein umfassendes, einheitliches Menschenbild; ihre Wesensmerkmale charakterisieren sie allerdings klar als zur Humanistischen Psychologie gehörig.

Durchgesetzt hat sich die therapeutische Gemeinschaft in reiner Form im institutionellen Raum bisher nur wenig, sieht man einmal vom Drogenbereich und einigen anderen Randbereichen ab. Allerdings sind wesentliche Prinzipien von ihr zum Allgemeingut geworden, wie: Teamarbeit, aktive Einbeziehung der Patienten mit der Realisierung umfassender Lernfelder, Hilfe zur Selbsthilfe, Berücksichtigung des sozialen Umfeldes und Ausrichtung auf Reintegration der Patienten. Schwierig für eine sinnvolle und förderliche Behauptung von therapeutischen Gemeinschaften ist ihre Existenz in einem sozialen Umfeld, das von hierarchischen Strukturen und entfremdeten apersonalen Mechanismen wesentlich bestimmt ist. Gelingt es, auf dieses Spannungsfeld konstruktiv einzuwirken, haben die der therapeutischen Gemeinschaft zugrundeliegenden Prinzipien von Solidarität und von Koexistenz des Menschen mit seiner Umwelt die Perspektive, zu

einem sich ausbreitenden Paradigma alternativer Lebensformen zu werden und mitzuhelfen, die insbesondere in der westlichen Kultur sichtbar zutagetretende Antinomie von Individuum und Masse zu überwinden.

Literatur

Abel, R.; Kehe, H.W. et al.: Schulprojekt der Therapiekette Niedersachsen, *Blätter der Wohlfahrtspflege*, 11 (1979)

Ahrbeck, B.: Therapeutische Gemeinschaft und Gemeindepsychiatrie — über den Aufbau einer therapeutischen Gemeinschaft in einem gemeindepsychiatrischen Zentrum, in: *Petzold, Vormann*, a.a.O. 1980

Aichhorn, A.: Wayward Youth, Viking, New York 1935

Alexander, F.; French, T.M.: Psychoanalytic Therapy: Principles and Application, Ronald Press, New York 1940

Ammon, G.: Dynamische Psychiatrie, Kindler, München, erw. Neuaufl. 1980

Antons, K.: Die Therapie des Alkoholismus — Methoden und Probleme, in: *Antons, K.; Schulz, W., et al.:* Normales Trinken und Suchtentwicklung, Bd. II, Dr. C. J. Hogrefe, Göttingen 1977

Anweiler, O.: Leben, Werk und Bedeutung A. S. Makarenkos, eine Einführung, in: *Anton S. Makarenko:* Ein pädagogisches Poem, Ullstein, Berlin 1971

Bahr, E.E.: Gedanken zur Theorie der therapeutischen Gemeinschaft (TG), *drogen-report*, 2 (1981);

—:Zur sozialpolitischen Wirksamkeit der Therapeutischen Gemeinschaften (TG), *drogen-report*, 3 (1982)

Bandura, A.: Principles of Behavior Modification. Holt, Rinehart and Winston, London 1969

Barton, R.: Institutional Neurosis, J. Wright, Bristol 1966 [2)] dtsch.: Hospitalisierungsschäden in psychiatrischen Krankenhäusern, in: *Finzen, A.* (Hrsg.): Hospitalisierungsschäden in psychiatrischen Krankenhäusern, Piper, München 1974

Basaglia, F.(Hrsg.): Die negierte Institution, Suhrkamp, Frankfurt 1971

Battegay, R.: Der Mensch in der Gruppe, 3 Bde., Huber, Bern 1977;

—:Die therapeutische Beziehung in der Gruppenpsychotherapie, in: *Battegay, Trenkel* (Hrsg.): Die therapeutische Beziehung unter dem Aspekt verschiedener psychotherapeutischer Schulen, Huber, Bern 1978

Bauer, E.: Selbstverständnis und Praxis der Drogentherapie bei DAYTOP, in: *Petzold, Vormann*, a.a.O., 1980

Baumann, A.: Versuch der Veränderung zu therapeutischen Wohngruppen in der Nichtseßhaftenarbeit im Heimathof Homborn. Konsequenzen einer Mitarbeitergruppe, in: *Petzold, Vormann*, a.a.O., 1980

Beese, F.: Das Modell der Therapeutischen Gemeinschaft und seine Anwendung auf Psychotherapeutische Kliniken, in: *Hau, T.F.* (Hrsg.): Klinische Psychotherapie in ihren Grundzügen, Hippokrates, Stuttgart 1975

Bettelheim, B.: Liebe allein genügt nicht, Klett, Stuttgart 1970;

—:Der Weg aus dem Labyrinth, Deutsche-Verlags-Anstalt, Stuttgart 1975

Biddle, B.J.; Thomas, E.J.: Role Theory: Concepts and Research, Wiley, New York 1966

Bierenbroodspot, P.: Democratization in the Mental Hospital as a Therapeutic Vehicle, in: *Spoerri, Th.* (Ed.): Living together — Therapeutic and Social Aspects, Proceed. of the 8th Int. Congr. of Psychotherapie Milan 1970, Karger, Basel 1972

Bischof, L.J.: Interpreting Personality Theories, Harper Row Inc., New York 1970[2] dtsch.: Persönlichkeitstheorien, Darstellungen und Interpretationen, 2 Bde., Junfermann, Paderborn 1983
Blankertz, S.: Anarchismus — Kriegserklärung an den Staat, in: *Blankertz, S., Goodman, P.*: Staatlichkeitswahn, Büchse der Pandora, Wetzlar 1980
Brim, 0.G.: Personality, development as role-learning, in: *Iscae, I., Stevenson, H.* (Eds.): Personality development in children, Univ. Texas Press, Austin 1960
Caspar, F.; Grawe, K.: Widerstand in der Verhaltenstherapie, in: *Petzold*, a.a.0., 1981b
Casriel, D.H.: So fair a house: The Story of Synanon, Prentice Hall, Englewood Cliffs 1963
Castel, F.; Castel,R.; Lovell, A.: Psychiatrisierung des Alltags, Suhrkamp, Frankfurt 1982
Clark, D.H.: Administrative Therapy, Tavistock, London 1964;
—: The Therapeutic Community-Concept, Practice and Future, *Brit. J. Psychiat.* 111 (1965);
—: The Therapeutic Community, *Brit. J. Psychiat.* 131 (1977a)
—: Soziotherapie in der Psychiatrie, Lambertus, Freiburg i. Br. 1977b
—: *Cooper, B.; Kunze, H.*: Sozialpsychiatrie, in: *Peters, U.H.* (Hrsg.): Psychiatrie Bd. I der Reihe „Kindlers Psychologie des 20. Jahrhunderts", unveränd. Wiederauflage, Beltz, Weinheim 1983
Cooper, D.: Psychiatrie und Antipsychiatrie, Suhrkamp, Frankfurt 1971
Corsini, R.: The method of psychodrama and prison group therapy, *Group Psychotherapy* 3 (1951)
Cumming, J.; Cumming, E.: Ego & Milieu, Aldine, Chicago 1962; dtsch.: Ich und Milieu, Verlag für Medizin. Psychologie im Verlag Vandenhoeck u. Ruprecht, Göttingen 1979
Dennison, G.: Lernen und Freiheit, Frankfurt 1981
Deubelius, W.: Therapeutische Gemeinschaft, in: *Rexilius, G.; Grubitzsch, S.* (Hrsg.) Handbuch psychologischer Grundbegriffe, Rowohlt 1981
van Dick, L.: Alternativschulen, Rowohlt, Reinbek 1979
Dominicus, R.D.: Das sozialpsychiatrische Modell eines Therapiegemeinschaftskrankenhauses für Alkoholkranke, *Suchtgefahren*, 20 (1974)
Dörner, K.; Plog, U.: Irren ist menschlich oder Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie, Psychiatrie-Verlag, Wunstorf 1978
Dreitzel, H.P.: Die gesellschaftlichen Leiden und das Leiden an der Gesellschaft, Enke, Stuttgart 1968
Eliasoph, E.: A group therapy-psychodrama programme at Berkshire Industrial Farm, *Group Psychotherapy* 1 (1958)
Endore, G.: Synanon, Garden City, New York 1968
Erikson, E.H.: Identität und Lebenszyklus, Suhrkamp, Frankfurt 1981[7]
Faris, R.E.; Dunham, H.W.: Mental Disorders in Urban Areas, Univ. of Chicago Press, Chicago 1939
Finzen, A.: Gemeindenahe psychiatrische Krankenversorgung, in: *v. Cranach, M.; Finzen, A.* (Hrsg.): Sozialpsychiatrische Texte, Springer, Berlin 1972;
—: Milieutherapeutische Konzepte in der Sozialpsychiatrie, *Psychiatr. Praxis*, 4 (1977)
Flegel, H.: Vom Wachsaal zur Therapeutischen Gemeinschaft, *Z. Psychotherapie.*, 18 (1968)
Foudraine, J.: Wer ist aus Holz? Piper 1973
Frank, J.D.: Die Heiler, Klett-Cotta, Stuttgart 1981

Freudenberg, R.K.: Das Anstaltssyndrom und seine Überwindung, *Der Nervenarzt*, 33 (1962)

Friedrich, H.; Denecke, P.: Vorwort zur deutschen Ausgabe von *Cumming, Cumming:* Ich und Milieu, Verlag f. Med. Psychologie im Verlag Vandenhoeck u. Ruprecht, Göttingen 1979

Fromm-Reichmann, F.: The Philosophy of Psychotherapy, Alanson White Psychiatric Institute, New York 1953

Goffman, E.: Asylums. Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates, Anchor Books, New York 1961; dtsch.: Asyle — über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen, Suhrkamp, Frankfurt 1972

—: Interaction Ritual, Essays on Face-to-Face Behaviour, first publ. 1967, publ. in Great Britain by Allen Lane, The Penguin Press 1972; dtsch.: Interaktionsrituale, Suhrkamp, Frankfurt 1971

Goldberg, C.: Gleichheit in der Psychiatrie? Pfeiffer, München 1980

Goodman, P.: Growing Up Absurd, New York 1957

Grauer, H.: Institutions for the aged — therapeutic communities? *I. Amer. Geriat. Soc.* 8 (1971)

Greenblatt, M.; York, R.; Brown, E.L.: From Custodial to Therapeutic Care in Mental Hospitals, Russell Sage, New York 1955

Greeson, R.R.: Technik und Praxis der Psychoanalyse, Klett-Cotta, Stuttgart 1981[3)]

Habermas, J.: Thesen zur Theorie der Sozialisation, Vorlesungsmanuskript, Frankfurt 1968

Häfner, H.: Ein sozialpsychologisch-psychodynamisches Modell als Grundlage für die Behandlung symptomarmer Prozeßschizophrenien, *Sozialpsychiatrie*, 1 (1966)

Hambrecht, M.: Die Teaching-And-Learning-Community, von der Psychotherapie zur Lebensschule, Inaugural-Dissertation, Univ. Hamburg 1982

Harrington, J.A.: Much ado about milieu, *Laval Medical*, 41 (1970)

Haseloff, O.W.; Jorswieck, E.: Psychologie des Lernens, de Gruyter, Berlin 1971[2)]

Haskel, M.R.: An alternative to more and larger prisons: a role training program for social reconnection, *Group Psychotherapy* 1/2 (1961)

Heckmann, W. (Hrsg.): Vielleicht kommt es auf uns selber an: Therapeutische Gemeinschaften für Drogenabhängige, Fischer, Frankfurt 1980;

—: Praxis der Drogentherapie, Beltz, Weinheim 1982

Heim, E. (Hrsg.): Milieu-Therapie. Erlernen sozialer Verhaltensmuster in der psychiatrischen Klinik, Huber, Bern 1978a

—: Phasenweise Integration eines Mileukonzeptes, 1978a, in: *Heim, E.* (Hrsg.) Milieutherapie, Huber, Bern 1978a

Hilpert, H.; Schwarz, R.: Entwicklung und Kritik des Konzeptes der therapeutischen Gemeinschaft, in: *Hilpert, H.; Schwarz, R.; Beese, F.* (Hrsg.): Psychotherapie in der Klinik, Springer, Berlin 1981

Hobson, R.F.: The messianic community, in: *Hinshelwood, R.D.; Manning, N.* (eds.) Therapeutic communities, Routledge & Kegan Paul, London 1979

Hochschild, A.R.: Communal Life-Styles for the Old, *Society*, 10 (1973)

Höhfeld, K.: Zur Supervision therapeutischer Wohngemeinschaften, in: *Petzold, Vormann*, a.a.O., 1980

Horney, K.: New Ways in Psychoanalysis, Narton, New York 1939; dtsch.: Neue Wege in der Psychoanalyse, Kindler, München 1977[2)]

Hudolin, V.: Die therapeutische soziale Gemeinschaft (community treatment) der psychiatrischen Patienten, in: *Höck, K.* (Hrsg.): Gruppenpsychotherapie in Klinik und Praxis, Fischer, Jena 1967

Hummel, K.; Hummel-Steimer, J.: Das Altenheim als Gemeinwesen, *Z. für humanist. Psychol.* 3/4, 1979
Jones, M.: Social psychiatry: A Study of therapeutic communities, Tavistock,London 1952
—: The concept of a Therapeutic Community, *Amer. J. Psychiat.* 112 (1956)
—: Social Psychiatry, In the Community, in Hospitals, and in Prisons, C.C. Thomas, Springfield, Ill. 1962a
—: Training in social Psychiatry at word level, *Amer. J. Psychiat.* 8 (1962b)
—: Therapeutic community Principles within the Hospital and in the Outside Community, *Psychother. Psychosom.*, 16 (1968)
—: Prinzipien der therapeutischen Gemeinschaft, Huber, Bern 1976a
—: Maturation of the therapeutic community, Human Sciences Press, New York 1976b
—: The Process of Change, Routledge Kegan Paul, 1982
—: Persönliche Mitteilung an den Autor, 1983
Jourad, S.: Disclosing man to himself, van Nostrad, Princeton 1968
Kayser, H., u.a.: Gruppenarbeit in der Psychiatrie. Erfahrungen mit der therapeutischen Gemeinschaft,Thieme, Stuttgart 1973
Keil, E.: Die therapeutische Wohngruppe im Strafvollzug - Erfahrungen aus einer fünfjährigen Praxis in der Justizvollzugsanstalt Gelsenkirchen, in: *Petzold, Vormann*, a.a.O., 1980
Kilgour, J.: Colony Gheel, *Amer. J. Psychiat.*, 92 (1936)
Krappmann, L.: Soziologische Dimensionen der Identität, Klett, Stuttgart 1969
Krüger, H.: Unheilsame Heilpraxis, *Schwestern-Revue*, 10 (1972)
—: Therapeutische Gemeinschaft — ein sozialpsychiatrisches Prinzip, Enke, Stuttgart 1979
Krüger, H.; Veltin, A.; Zumpe, V.: Organisation und Praxis der therapeutischen Gemeinschaft, in: *Kayser u.a.*, a.a.O., 1973
Künzel, E.: Möglichkeiten und Grenzen therapeutischer Heimerziehung, *Gruppenther. Gruppendyn.* 5, 2 (1972)
Laing, R.:Das Selbst und die Anderen, Rowohlt, Reinbek 1977
Lask, K.: Suchtfördernde Sozialisationsschäden und ihre Aufarbeitung in einer therapeutischen Gemeinschaft, Nicol, Kassel 1974
Lemke, J.: Gestalt-Supervision in therapeutischen Wohngemeinschaften für Drogenabhängige durch Kompetenzgruppen, in: *Petzold, Vormann*, a.a.O., 1980
Leutz, G.A.; Oberborbeck, K.: Psychodrama, Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen 1980
Levy, E.S.; Faltico, G.J.; Bratter, T.E.: The Development and Structure of the Drug-free Therapeutic Community, *The Add. Therapist*, 2 (1977)
Lewin, K.: Principles of Topological Psychology, Mc Graw-Hill, New York 1936; dtsch.: Grundzüge der topologischen Psychologie, Huber, Bern1969
—: The Conceptual Representation and Measurement of Psychological Forces, *Contr. Psychol. Theor.*, 1 (1938)
Main, T.F.: The hospital as a therapeutic institution, *Bull. Menn. Clin.*, 10 (1946); dtsch.: Das Krankenhaus - eine therapeutische Institution, in: *Hilpert, H.; Schwarz, R.; Beese, F.* (Hrsg.): Psychotherapie in der Klinik, Springer, Berlin 1981
—: Vortrag bei einer Besichtigung des Cassels-Hospitals beim 6. Intern. Kongr. f. Psychotherapie, London 1964 (zit. n. *Ploeger* a.a.O. 1972)
—: Das Konzept der therapeutischen Gemeinschaft; Wandlungen und Wechselfälle, in: *Hilpert, H.; Schwarz, R.; Beese, F.* (Hrsg.): Psychotherapie in der Klinik, Springer, Berlin 1981

Marcel, G.: Leibliche Begegnung, in: *Kraus, A.*: Leib, Geist, Geschichte. Hüthig, Heidelberg 1978

Martin, D.V.: Adventure in Psychiatry, Cassierer, Oxford 1962

Maslow, A.H.: Motivation and Personality, Harper and Row, New York 1954; dtsch.: Motivation und Persönlichkeit, Walter, Olten 1977

—: Selft-actualization and beyond, in: *Bugenthal, J.F.T.* (Ed.): Challenges of Humanistic Psychology, McGraw-Hill, New York 1967

Maurer, Y.A.; Petzold, H.: Die therapeutische Beziehung in der Gestalttherapie, in: *Battegay, Trenkel* (Hrsg.): Die therapeutische Beziehung unter dem Aspekt verschiedener psychotherapeutischer Schulen, Huber, Bern 1978

Mead, G.H.: Mind, self and society, Univ. of Chicago Press, Chicago 1934; dtsch.: Geist, Identität, Gesellschaft, Suhrkamp, Frankfurt 1975

Meyer-Fehr, P.; Zimmer-Höfler, D.: Compliance und institutionelle Sozialisation in der Behandlung von delinquenten Heroinabhängigen, *Kriminolog. Bull.*, 9 (1983)

Moeller, M.L.: Selbsthilfegruppen, Rowohlt, Reinbek 1978

Moreno, J.L.: Who shall survive? Nervous and Mental Disease Publ., Washington 1934; dtsch.: Die Grundlagen der Soziometrie, Westdeutscher Verlag, Opladen 1967 [2)]

—: Report of the research staff to the advisory research board II, publ. by New York State Training School for Girls, Hudson N.Y. 1936

—: The social atom and death, *Sociometry* 10 (1974). Nachdruck: The Sociometry Reader, Free Press, Glencoe 1960

Moreno, J.L.; Within, E.S.: Application of the group method to classification, Nat. Commmitee on Prison and Prison Labour, Washington 1932

Moreno, Z.: Evolution and dynamics of the group therapy movement, in: *Moreno, J.L.; Friedemann, A.; Battegay, R.; Moreno, Z.*: The International Handbook of Group Psychotherapy, Philosophical Library, New York 1966

Morrice, J.K.W.: The ward as a therapeutic group, *Brit. J. Med. Psychol.*, 37 (1964)

—: Mythos und demokratischer Prozeß, in: *Hilpert, H.; Schwarz, R.; Beese, F.* (Hrsg.): Psychotherapie in der Klinik, Springer, Berlin 1981

Myers, K.; Clark, D.H.: Results in a Therapeutic Community, in: *Brit. J. Psychiat.*, 120 (1972)

Myerson, A.: Theory and principles of the „total push" method in the treatment of chronic schizophrenia, *Amer. J. of. Psychiat.*, 95 (1939)

Neill, A.S.: Theorie und Praxis der antiautoritären Erziehung. Das Beispiel Summerhill. Rowohlt, Reinbek 1969

Norman, A.: Double Messages in Therapeutic Community, in: *Spoerri, Th.* (Ed.): Living together — Therapeutic and Social Aspects, Proceed. of the 8th Int. Congr. of Psychotherapy Milan 1970, Karger, Basel 1972

Obiols, J.: Antipsychiatrie. Das neue Verständnis psychischer Krankheit. Rowohlt, Reinbek 1978

Parsons, T.; Bales, R.F.: Family socialisation and interaction process, Free Press, Clencoe, Ill. 1955

Perls, F.S.: Gestalt, Wachstum, Integration, Junfermann, Paderborn 1980

Perls, F.S.; Hefferline, R.; Goodman, P.: Gestalt Therapy, Julian Press, New York 1951; dtsch.: in 2 Bänden, Klett-Cotta, Stuttgart 1979

Petersen, P.: Überblick über die Gruppenarbeit in der Psychiatrie, in: *Kayser u.a.*, a.a.O., 1973

Petzold, H. (Hrsg.): Drogentherapie, Modelle, Methoden, Erfahrungen, Junfermann, Paderborn 1974a

—:Das Vierstufenmodell der therapeutischen Kette in der Behandlung Drogenabhängiger, 1974b, in: *Petzold, H.*, a.a.O., 1974a
—: Zur Veränderung der sozialen Mikrostruktur im Alter — eine Untersuchung von 40 „sozialen Atomen" alter Menschen, *Integr. Therapie* 1/2 (1979)
—: Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung in der Integrativen Therapie, in: *Petzold, H.* (Hrsg.): Die Rolle des Therapeuten und die therapeutische Beziehung, Junfermann, Paderborn 1980a
—: Wohnkollektive — eine Alternative für die Arbeit mit alten Menschen, 1980b, in: *Petzold, Vormann*, a.a.O., 1980
—: Ablösung und Trauerarbeit im Four-Steps-Modell der gestalttherapeutischen Wohngemeinschaft für Drogenabhängige, 1980c, in: *Petzold, Vormann*, a.a.O., 1980
—: (Hrsg.): Widerstand — ein strittiges Konzept in der Psychotherapie, Junfermann, Paderborn 1981b
—: Das Hier-und-Jetzt-Prinzip und die Dimension der Zeit in der psychologischen Gruppenarbeit, in: *Bachmann, C.H.* (Hrsg.): Kritik der Gruppendynamik, Fischer, Frankfurt 1981a
—: (Hrsg.): Angewandtes Psychodrama, 3. erw. Aufl., Junfermann, Paderborn 1983[3)]
Petzold, H.; Brown, G.I. (Hrsg.): Gestalt-Pädagogik, Pfeiffer, München 1977
Petzold, H.; Sieper, J.: Quellen und Konzepte Integrativer Agogik, in: *Petzold, Brown*, a.a.O., 1977
Petzold, H.; Vormann, G. (Hrsg.): Therapeutische Wohngemeinschaften, Erfahrungen — Modelle — Supervision, Pfeiffer, München 1980
Petzold, H.; Mathias, U.: Rollenentwicklung und Identität, Junfermann, Paderborn 1982
Ploeger, A.: Die therapeutische Gemeinschaft in der Psychotherapie und Sozialpsychiatrie, Thieme, Stuttgart 1972
—: Milieutherapie und therapeutische Gemeinschaft, in: *Peters, U.H.* (Hrsg.), Psychiatrie, Bd. II der Reihe „Kindlers Psychologie des 20. Jahrhunderts,", unveränd. Wiederaufl., Beltz, Weinheim 1983
Pörksen, N.: Kommunale Psychiatrie, Rowohlt,Reinbek 1974
Prado-Molina, M.: Gruppenpsychotherapie in der therapeutischen Gemeinschaft. Vortrag auf dem II. Workshop des Int. Psychoanalyt. Forums in Madrid vom 1. - 4.9.1970, zit. bei *Beese* (1975 a.a.O.)
Rapoport, R.N.:Community as Doctor, Tavistock, London 1960
Rees, T.P.: Back to moral treatment and community care, *Jour. ment. Science*, 103 (1957)
Rogers, C.: On becoming a person, Boston 1961; dtsch.: Entwicklung der Persönlichkeit, Stuttgart 1973
Rosenthal, R.: On the social psychology of the psychological experiment: The experimenter's hypothesis as unintended determinant of experimental results. *Amer. Scientist*, 51 (1963)
Rosenthal, R.; Jacobson, L.: Teachers' expectancies: Determinants of pupils, IQ gains, *Psychol. Reports*, 19 (1966)
Saake, E.K.; Stichtenoth, H.: Das „Take-it-Haus". Anmerkungen zur Vierstufentherapie bei Drogenabhängigen, in: *Petzold, H.; Vormann, G.* a.a.O., 1980
Sauer, M.: Heimerziehung und Familienprinzip, Luchterhand, Neuwied 1979
Simmel, E.: Psychoanalytic treatment in a sanatorium, *Int. J. Psycho-Anal.*, 10 (1929)
Simon, F.B.; Albert, B.; Klein, Ch.: Gefahren paradoxer Kommunikation im Rahmen der „Therapeutischen Gemeinschaft", *Psychiatr. Praxis*, 4 (1977)
Simon, H.: Aktivere Krankenbehandlung in der Irrenanstalt, de Gruyter, Berlin 1929

Slater, P.: Microcosm, Wiley, New York 1966
Solms, H.: Selbsthilfegemeinschaften von Alkoholikern und Drogenabhängigen. In: *Steinbrecher, W.; Solms, H.* (Hrsg.): Sucht und Mißbrauch, Thieme, Stuttgart 1975[2)]
Spazier, D.; Bopp, J.: Grenzübergänge. Psychotherapie als kollektive Praxis, Suhrkamp, Frankfurt 1975
Der Spiegel: Schande ohne Ende: „Italienisches Modell" gescheitert? *Der Spiegel*, Heft 44 (1983)
Sullivan, H.S.: Socio-psychiatric Research: It's Implication for the Schizophrenia Problem and for Mental Hygiene. *Amer. J. of Psychiat.*, 87 (1931)
—: Conceptions of Modern Psychiatry, Norton, New York 1940
—: The Interpersonal Theory of Psychiatry, Norton, New York 1953; dtsch.: Die interpersonelle Theorie der Psychiatrie, Fischer, Frankfurt 1980
Schittar, L.: Die Ideologie der Therapeutischen Gemeinschaft, in: *Basaglia, F.*, a.a.O., 1971
Schindler, R.: Grundprinzipien der Psychodynamik der Gruppe, *Psyche* 11 (1957)
Schulte, S.: Die Tvind-Schulen in Dänemark, in: *Beck, J.; Boehncke, H.* (Hrsg.): Jahrbuch für Lehrer 1978, Rowohlt, Reinbek 1977
Talbot, E.; Miller, S.C.: Some antitherapeutic side effects of hospitalisation and psychotherapy *Psychiatry*, 27 (1964)
Tasso, H.: Synanon: Die Angst vorm Springen, *Sozialmagazin*, Heft 5, 1979
Teusch,L.: Die therapeutische Gemeinschaft in der Bundesrepublik Deutschland, DGSP, Wunstorf 1977
Thiemann, E.: Leben lernen in Wohngemeinschaften? Wege für psychisch Kranke, Realität zu erfahren und ihr standzuhalten, in: *Petzold, Vormann*, a.a.O., 1980
Vormann, G.; Heckmann, W.: Zur Geschichte der therapeutischen Wohngemeinschaften in Deutschland, in: *Petzold, Vormann*, a.a.O., 1980
Vormann, G.: Therapeutische Gemeinschaft und Milieutherapie, in: *Bastine* u.a. (Hrsg.): Grundbegriffe der Psychotherapie, edition psychologie im Verlag Chemie, Weinheim 1982
Warnke, I.: Selbsthilfe-Release Berlin, in: *Joite, E.* (Hrsg.): Fixen — Opium fürs Volk, Wagenbach, Berlin 1972
Watzlawick, P.; Beavin, J.H.; Jackson, D.D.: Pragmatics of Human Communications, Norton, New York 1967; dtsch.: Menschliche Kommunikation, Huber, Bern 1969
Weiner, M.S.: Therapist Disclosure, The use of self in psychotherapy, Butterworths, Boston 1978
Wilmer, H.A.: Social Psychiatry in Action, C.C. Thomas, Springfield,Ill. 1958
Witt, G.: Kinderhäuser mit gestalttherapeutischer Begleitung, in: *Petzold, Vormann*, a.a.O., 1980
Wulff, E.: Über den Aufbau einer therapeutischen Gemeinschaft, in: *Wulff, E.*: Psychiatrie und Klassengesellschaft, Athenäum, Frankfurt 1972
Yablonsky, L.: The Tunnel Back: Synanon, The Macmillan Comp., New York 1965; dtsch.: Synanon: Selbsthilfe der Süchtigen und Kriminellen, Klett, Stuttgart 1975
Yalom, I.D.: The Theory and Practice of Group Psychotherapy, Basic Books, New York 1970; dtsch.: Gruppenpsychotherapie, Kindler, München 1974
Zeitlyn, B.B.: The therapeutic community — fact or fantasy? *Brit. J. Psychiat.*, 113 (1967)
Zimmer-Höfler, D.: Demokratisch oder hierarchisch strukturierte Therapeutische Gemeinschaften in der Suchttherapie? Unveröffent. Manuskript, Zürich 1983
Zimmer-Höfler, D.; Meyer-Fehr, P.: Forschung in der therapeutischen Praxis mit Opiatabhängigen, Vortrag auf dem 3. Symposium „Drogen und Alkohol", Basel 1983

Personenregister

Abel, R. 103, 104, *169*, 543, *555*
Abraham, K. 110, 248, 249, *305*
Abu-Saba, M. B. 369, *385*
Ackerknecht, L. K. 80, 89
Adams, L. W. 369, *385*
Adler, A. 7-16, 18, 20-34, 36, 37, 39, 41, 44, 46-49, 51-54, 56-67, 73, 74, 77, 78-81, 83, 86ff, *89*, *90*, 110, 113, 313, 382
Adler, Alexandra 14-16, 57, *90*
Adler, G. 175, 205, 214, *240*
Adler, K. 9-11, 15, 61, 90
Adler, V. 86
Adorno, Th. 102, 137, 162, *169*
Ahrbeck, 536, *555*
Aichhorn, A. 165, 169, 497, *555*
Aikin, P. A. *305*
Albert, B. *560*
Alexander, F. 515, *555*
Allen, T. W. 49, 79, *90*
Allers, R. 15, 31, 38, 45, *90*
Amman, A. 193, *240*
Ammon, G. 87, *90*, 534, *555*
Andrewartha 369, *385*
Ansbacher, H. L. 8-10, 15f, 18, 20, 21, 23, 24, 26-31, 34, 37, 39, 53, 57, 61f, 78ff, 87f, *90*, *91*
Ansbacher, R. 29, 35, 37, 39, 53, 57, 61, 62, 79f, 88, *91*
Antons, K. 540, *555*
Anweiler, O. 504, 555
Arens, H. *391*
Argelander, H. 145, 146, *169*
Aristoteles 103
Assagioli 182
Austin, V. *390*

Babcock, D. E. 310, 328f, 341, 344, 371, 373, *386*
Bach, H. 140, *169*, *170*, 502
Bachmann, C. H. *560*
Bacon, F. 490
Bader, E. 310, 370, 374, *386*
Baer, D. 425f, *430*
Bahr, E. E. 511, 519, 521, *555*
Baker, E. F. 253, 293, *305*
Bales, R. F. 507f, *559*
Balint, M. 128, *169*
Bandler, R. 370, *386*
Bandura, A. 406, 408f, *417*, 420, *421*, 422, *430*, 455, *460*, 517, *555*
Barling, W. R. 369, *387*
Barnes, G. 310, 320, 330, 359, 372, 382, *386*, *388*, *391*, *393*
Barth, H. M. 373, *386*
Barton, R. 512, *555*
Barut, L. 66-68, *91*, *93*
Basaglia, F. 496, 500, 503, 534, *555*
Bash, E. E. 469, *471*
Bastine, R. 474, *475*, *561*
Battegay, R. 526, 529, *555*, 559
Bauer, E. 502, *555*
Baum-Baicker, C. *386*
Baumann, A. 545, *555*
Bauriedl, T. 109, 160, *169*
Baute, P. 330, *386*
Beaumont, J. G. 87, *92*
Beavin, J. H. *100*, *561*
Bechterew 492
Beck 87, *91*
Beck, St. *460*
Beck, J. *561*
Beese, F. 537, 555, *557*, *558*, *559*, *560*
Beit, H. v. 235, *240*
Bellis, J. M. 304, *305*
Bennett, D. 310, 373, *387*
Bergson, H. 9, 47, 49, 51, *91*
Bernard, C. 58, *91*
Bernays, M. 105, 112
Berne, E. 309-317, 317-325, 328-335, 337ff, 340, 343-348, 352ff, 356ff, 361-365, 374, 381ff, 385, *386*
Bernfeld, S. 104, 137, 165, *169*
Bernheim 105
Bertalanffy, L. v. 346, *387*
Bettelheim B. 540, *555*
Betz, O. 374, *387*
Biddle, B. J. 507, *555*
Bierenbroodspot, P. 528, *555*
Bierer 15
Bijou, S. W. 425f, *430*
Binswanger, L. 72, 113, 116, *169*, 497
Bion 493
Birnbaum, F. 15, *91*

Bischof, L. J. 506, *556*
Blanck, G. 128, 158, *169*, 204, *241*
Blanck, R. 128, 158, *169*, 204, *241*
Blankenberg, W. 28, *91*
Blankertz, S. 546, *556*
Blum, E. 116, *169*
Boadella, D. *305*
Böckmann, J. 102, *170*
Boehnke, H. *561*
Bopp, J. 529, *560*
Borden, B. L. 67, *91*
Born, Th. 373, *387*
Bornemann, E. 14, 15, *91*
Boss 113
Bottome, Ph. 13, *91*
Boyd, H. 359, 367, *387*
Boyesen, G. 281, *305*
Brachfeld, D. 57, *91*
Brandel *97*
Bratter, T. E. *558*
Braun, P. 411, *418*
Breen, M. *387*
Brentano 19
Breuer, J. 106, 107, *170*
Brim, O. G. 507, *556*
Broden, M. 469, *471*
Brodsky, P. 67, *91*
Brome, V. *91*
Brown, E. L. 497, *557*, *560*
Brown, G. J. 546
Brown, J. A. C. 65, *91*
Brown, M. 281, 320, 327f, 359, 361, 365, 366f, *387*, *396*
Brücke, E. 104
Bruder-Bezzel, A. 10, 13, *91*
Brunner, R. 51, *91*
Bubenzer, D. 82, *92*, *100*
Buber, M. 497
Bubolz, E. *171*
Buckle 48
Bugenthal, J. *559*
Bühler, Ch. 16, 86, *91*
Bunge, M. 397, *404*
Büntig, W. E. *305*
Burke, J. 310, 373, *387*
Busemeyer, J. R. 448, *459*, 462, 464, *470*, *471*, *475*, *482*

Camp, B. 469, *471*
Campbell, D. 310
Campbell, J. 312, *387*
Campos, L. *387*
Cannon, W. B. 19, 58, *92*
Caplan, G. 162, 170, 466, *472*
Capra, F. 181, 182, *241*
Carter-McCleanaghan, J. 373f, 385, *387*
Carus, C. G. 103, 178
Caruso, J. A. 114, 119, 135, *170*
Carver, C. S. 402, *404*
Caspar, F. 433, *556*
Casriel, D. H. 495, 500, *556*
Cassidy, W. 363, *395*
Cassius, J. 324, 359, *387*
Castaneda, C. 73, *92*
Castel, F. 497, *556*
Castel, R. 497, *556*
Cautela, J. R. 443, *445*, 450, *459*
Chandier, A. 310, 373, *387*
Chandler, C. 427, *430*
Chapman, A. J. 89, *92*
Charcot, J. M. *92*, 105
Cheah, K. C. 369, *387*
Cheney, W. D. 385, *387*
Childs-Gowell, E. *387*
Cicourel, A. v. 43, *92*
Clark, D. 490, 495, 497, 500, 514, 523, 536, 541ff, 544, 547f, 551f, *556*, *559*
Clinebell, H. J. 373, *387*
Colby, A. 54, *92*
Cooper, B. 492, 502, 542, *556*
Cooper, D. 496, 500, *556*
Cornell, W. 359, *387*
Corsini, R. 17, 73, *92*, *94*, *97*, *390*, 545, *556*
Corsover, H. D. 369, *387*
Cowles-Boyd, L. 369, *387*
Craighead 465, 470
Crammer, R. D. 385, *387*
Cranach, M. *556*
Cremerius, J. 131, 141, *170*
Croake, J. W. 82, *92*
Crookshank, F. G. 9, *92*
Crossmann, P. 322, 364, 385, 387
Cumming, E. 490, 511, 514, 519, 521, 526, *556*, *557*
Cumming, J. 490, 511, 514, 519, 521, 526, *556*, *557*

Dahmer, H. 121, 137, 138, *170*
Dare, Ch. *172*

Darwin, Ch. 9, 120, 247, 248, *305*
Datan, N. 428, *430*
Davison, G. 443, *445*, 450
Day, B. 362, *395*
de Chardin. T. 182
Dederich, Ch. 495, 497, 499f, 538
Deffenbacher, J. C. *470*
Deissler 495
Denecke, P. 511, *557*
Dennison, G. 546, *556*
Deubelius, W. 496, *556*
Deutsch, D. *92*, *95*
Devereux, G. 162, *170*
DeVoge, J. T. *460*
Dewey, E. 9, 37, 47, 51, 52, 88, *92*, *94*
Dick, L. van 547, *556*
Dieckmann, H. 224, 229, 231, 235, *241*, 312, *387*
Dilthey, D. *388*
Dilthey, W. 47, 49, 88, *92*
DiMatteo, R. 456, *460*
Dimond, J. S. 87, *92*
DiNicola, D. 456, *460*
Dixon, T. R. *417*
Dodge, K. A. 462, 463, *471*
Dolecki, P. R. *405*, *430*
Dollard, J. 402, *404*, *405f*, 409, *417*
Dominicus, R. D. 539, *556*
Dorer, M. 104, *170*
Dörner, K. 491, *556*
Dostojewski, F. 103, 498
Douglass, H. J. *393*
Dowd, E. T. *92*
Drabman, R. S. 465, *470*
Dreikurs, R. 14f, 40, 55, 67, 70, 79-82, 89, *92*, *96*, *98*
Dreikurs-Ferguson, E. 67, *92*
Dreitzel, H. P. 46, *92*, 508, *556*
Drewermann, E. 119, *170*
Drews, S. 136, *170*, *171*
Dreyfuß, A. 64, *93*
Drye, R. C. 310f, 367, *388*
Dubois, P. 74, *93*
Du Bois-Reymond 104
Duerfeldt, P. H. 469, *472*
Duff 310, 373
Dunham, H. W. 497, *556*
Dusay, J. 309, 322, 333, 361, 385, *388*
D'Zurilla, T. 411, *459*
Eckstein, D. 66, 67, 68, *91*, *93*
Eder 86, *93*
Eicke, D. *242*
Einstein, A. 304
Eisler, R. *430*, *460*, *470*, *471*, *472*
Eliade, M. 181
Eliasoph, E. 545, *556*
Ellenberger, H. F. 9, 10, 12, 13, 73, *93*, 103, *170*
Ellis, A. 15, 17, 70, 76, 87, 89, *93*, 450, *459*
Ellis, H. 249
Endore, G. 495, *556*
English, F. 319, 322f, 329, 341-344, 366, 367, 385, *388*
Epstein, S. 354, *388*
Erdheim, M. 112, 162, 170
Erikson, E. H. 126, 129, 131, *170*, 254, *305*, 309, 311, 312, 344, *388*, 505f, 514, 520, 540, *556*
Ernst, F. H. 353, 385, 388
Ernst, H. *470*
Ernst, K. 310, 373, *388*
Erskine, R. G. 310, 323f, 331, 354, 356, 357, 359, 362, 370, 373, 385, *388*, *389*, *396*
Eschenbach, U. 235, 241
Eschweiler 163
Essen. S. 17, *93*
Evans-Wentz 181

Faber, F. R. 147, *170*
Fages, J. 8, 11, *93*
Fairbairn, W. 170
Falbo, T. *93*
Faltico, G. J. *558*
Farberow, N. C. 82, *93*
Faris, R. E. 46, *93*, 497, *556*
Fechner 104f
Federn, P. 11, 20, *96*, 110, 309, 311f, 331, 341, 382, *389*
Feldhege, F. *391*
Fenichel, O. 46, *93*, 137, 140, *170*, *305*, 311
Ferenczi, S. 110, 127, *170*, 249, 250f, *305*
Ferguson, M. 182, *241*
Ferrys, L. *389*
Fetscher 123, *170*
Fichte 178

Fiedler, F. 82, *93*
Fielding, E. 371, *389*
Filipp, S. *430*
Finzen, A. 489, 500, *556*
Fischer, H. 373, *389*
Fischer, R. 373, *389*
Fisher, S. 130, *170*
Flegel, H. 435, *556*
Fliegel, St. 450, *459*
Fließ, 107, 108, 110, 246, 249
Foa, E. 450, *459*
Foot, 89, *92*
Forer, L. K 37, *93*
Forman, L. 369, *389*
Foudraine, J. 536, 549, *556*
Foulkes, 493
Frank, J. D. 518, 526, 548, *556*
Frank, R. 276, 304, *306*
Frankl, V. E. 15, 24, 30, 54, 78, *79*, 88, *93*, 113
Franks, C. M. 419, *421*, *445*, *460*
Franz, M. L. v. 181, 201, 210, 235, *241*
Frazier, Th. L. 373, *389*
Freed, A. M. *389*
Freedman, N. 67, *94*
Freinet, S. 132, *170*
French, T. M. 515, *555*
Freschl, R. 9, *93*
Freud, A. 127, 133f, 160, 165, *170*, 367, *389*
Freud, S. 8, 10-13, 20, 43f, 89, *93*, 101-114, 116ff, 120-128, 130ff, 135-142, 147-151, 155f, 158f, 164, 166f, *170*, 175ff, 189, 223, 245-249, 251, 253, 269, 281, *306*, 310ff, 331, 382, *389*, 405, 407, 411, 492, 497, 505, 506, 530
Freudenberg, R. K. 512, *557*
Freudenberg, S. *93*
Frey, W. F. *99*
Friedemann, A. *559*
Friedman, A. 9, *93*
Friedrich, H. 511, *557*
Fromm, E. *99*, 112, 114, 116, 137, *170*, 505
Fromm-Reichmann, F. 513, *557*
Frühmann 304
Fuchs, E. 111, *170*
Furtmüller, C. 9, 11, 13-15, 35, 43, 55, 86, 90, *93*
Galanter, E. 19, 87, *96*
Gambrill, E. 450, *459*
Garrison, Ch. 373, *389*
Gassner 103
Gatterer, C. 12, *93*
Gazda, G. *389*
Gedo, 132, *170*
Gellert 363
Gibson, J. J. *444*
Gill, M. 126, *171*
Ginsberg, K. 428, *430*
Glaser 495
Glasser, W. 74, *93*
Glynn, E. 469, *471*
Gödde, 161, *170*
Goethe, J. W. v. 103, 178, 179, 189
Goffmann, E. 500, 508, 512, 533, *557*, *559*
Goldberg, A. 132, *170*
Goldberg, C. 491, 513, *557*
Goldfried, M. R. 411, 439, 443, *445*, 450, *459*
Goldstein, A. P. 401, *405*, 412, *417*, *418*, *450*, *459*, *460*
Goldstein, D. *395*
Goldstein, K. 15f, 89, *93*, *94*, 166
Goocher, B. 465, *470*
Goodman, D. 465, 469, *472*
Goodman, P. 504, 546, *557*
Gottman, J. M. 469, *472*
Goulding, M. 310, 323, 327, 345, 350, 355, 358, 362, 365, 366, 368f, 373, 385, *389*
Goulding, R. L. 310, 323, 327, 345, 350, 355, 358, 362f, 365, 366, 368f, 373, 385, *389*
Gowell, E. C. *389*
Grathoff, R. 88, *94*
Grauer, H. 542, *557*
Grawe, K. 17, *94*, 159, *170*, 533, *556*
Greenberg, R. 130, *170*
Greenblatt, M. 497, *557*
Greene, J. 67, *94*
Greenson, R. R. 151, 153, *170*, *306*, 518, *557*
Greer, A. 310, 373, *390*
Grey, C. 88, *94*
Grimm, A. P. 487
Grimm, L. G. 448, *460*
Grinder, J. 370, *386*

Groder, M. 310, 369, *390*
Grof, S. 205, *241*
Gross, A. M. *470*
Grotjahn, M. 112, *170*
Grubitzsch *556*
Grunow,P. 469, *472*, *460*, 465, *471*, 475, *475*
Grunwald, B. 82, *92*
Guggenbühl-Craig, A. 233, *241*
Günther, G. 139, *171*

Habermas, J. 102, 139, 162, *171*, 508, *557*
Hach *172*
Häfner, H. 549, *557*
Hagehülsmann, H. 309f, 320f, 327ff, 445f, 361, 381, *390*
Hagehülsmann, U. 320f, 327ff, 381, *390*
Hagerman S. *405*, 433, 435, *445*, 455
Hahn, J. 78, *96*
Haimowitz, M. 371, *390*
Hall, J. 220, *237*
Hall, R. v. 469, *471*
Hambrecht, M. 537, *557*
Hambden-Turner, Ch. *390*
Hämmerle-Balzert, 166, *171*
Hamsher, J. H. 372, *390*
Handel, G. 88
Harbison, H. 369, *390*
Hardie, M. *390*
Harrington, J. A. 551, *557*
Harris, Th. A. 318, 327, 381f, *390*
Harsch, H. 310, 329, 353, 369, 371, 372, 373, 385, *387*, *390*
Harter, S. 426, 427, *430*, 475
Hartig, M. 465, *471*
Hartmann, H. 9, 102f, 104, 113, 123ff, 125f, 128, 135, 139, *171*, 178, 278, 311
Harvey, J. H. *471*, *472*
Haseloff, O. W. 502, *557*
Haskel, M. R. 545, 557
Hau, T. F. *555*
Hayden, B. J. 82, *92*
Haynes, L. E. 469, *472*
Heckmann, W. 490, 493, 496, 501f, 528, 534, *561*, *557*
Hefferline, R. 504, *559*
Heidegger, M. 45, *94*
Heigl, F. 158, *171*
Heigl-Evers, A. *92*, *388*
Heim, E. 511, 536, 551, *557*
Heimann, P. 152, *171*
Heine, M. 140, *169*
Heine, R. W. 82, *94*
Heisterkamp, G. 80, *94*
Hellgardt, H. 78, *94*
Helman, N. D. *390*
Helmering, D. W. *390*
Helmholtz 104, 249
Herbart, 103f
Herman, L. 312, *390*
Hersen, *430*, *460*, *470*, *471*, *472*
Herzl *86*
Herzog, W. 345f, *390*
Hess, R. 86
Hesse, H. 181
Hesterley, S. O. 373, *390*
Heyer, G. R. 181, *241*
Hillmann, J. 201, *241*
Hilpert, H. 490, 499, 548, 551, *557*, *558*, *559*
Hinshelwood, R. D. *557*
Hinze, E. 140, *171*
Hitler, A. 86
Hobbes, T. 89, *94*, 104
Hobson, R. F. 548, *557*
Hochmann, L. 304
Hochschild, A. R. 542, 557
Höck, K. *557*
Hockel, M. *391*
Hoernle 496
Hofer-Moser, A. 304
Hoffmann, N. 17, *94*, *485*
Hoffmann, S. O. *170*
Höhfeld, K. 550, *557*
Hohl 113
Holder, A. *172*
Holland, G. 17, 88, *94*
Holloway, W. H. *390*
Holtby, M. E. 362, *390*
Holub, M. 9, 52
Homme, L. E. 408, *417*
Hook *171*
Hoppe 87, *94*
Horkheimer 102, 114, 137
Horn, K. 121, 137, 138, *171*
Horne, A. M. *389*, *391*
Horney, K. 114, 121, 155, *171*, 492, 505, *557*

Horton, D. L. *417*
Hoskins, R. G. *306*
Houben, A. 157, *171*
Hover, D. E. 310, 373, *391*
Howe, J. *390*
Hudolin, V. 539, 557
Huige, R. *396*
Hull, 405, 406, 408, 411
Hummel, K. 542, *558*
Hummel-Steiner, J. 542, *558*
Husserl, E. 19, 47, 49, 50, *94*, 497
Huxley, A. 182
Hyman, St. E. 103, 171

Isaacson, U. E. *391*
Iscae, J. *556*

Jackson, D. D. *100*, *561*
Jacobi, J. 181, *241*
Jacobs, A. 362, *391*
Jacobsohn 113
Jacobson, C. 548, *560*
Jacobson, E. 124, 126, 128, *171*
Jaffé, A. 176, 181, *241*
Jakobs, A. *404*, *418*, 460
James, J. 362, 370, *391*
James, M. 310, 318ff, 323, 328f, 344, 362ff, 369f, 372f, 385, *385*, *387*, *389*, *391*
James, W. 9, 47, 51, *94*
Janet, P. 10, *94*, 105
Janov 253
Jaspers, H. *394*
Jessen, F. M. *391*
Joas, H. 46, 88, *94*
Johnson, R. C. *405*
Joines, V. *391*
Jones, E. 12f, 86, *94*, 105, 110, 112, *171*, 249
Jones, M. 489f, 492-495, 497ff, 502, 511, 513f, 520, 522ff, 526, 528, 534f, 538, 541ff, 545ff, 549f, 553, *558*
Jongeward, D. 329, 372, 373, *391*
Jorswieck, E. 502, *557*
Jourad, S. 518, *558*
Joyce, J. 181
Jung, C. G. 8, 110, 113, 116, 150, 175-187, 191, 193, 196, 199-205, 207, 210, 212, 216ff, 223ff, 231, 234f, 239, *241f*, 312, 325, *391*, 538

Kächele, H. 166, *171*
Kadis, A. *94*
Kadis, L. B. 310, 370, *391*, *393*
Kahane 110
Kahler, T. 354, 355, 385, *391*
Kalff, D. 226, 234, *242*
Kanfer, F. H. 397-402, 404-412, 415f, *417*, *418*, *420f*, *421*, 422, 424, 427, 429, *430*, 431ff, 435-443, *444*, *445*, 446, 448, 453-456, *459*, *460*, 462, 464ff, 468f, *470-472*, 473ff, *475*, *482*, 484, *485*, 485-488
Kanitz 496
Kant, I. 8, 28, 51
Kaplan, H. S. 389, *394*
Kapner, G. 86, *94*
Karakashian, S. 372, *391*
Karasu 490
Karoly 399f, 402, *405*, 408, 413, *418*, 420, *421*, 422, *430*, 432f, *444*, 465, 469, *470*, *471*, *472*, *475*, 484, *485*
Karpman, S. 322, 334, 352, 353, 362, 385, *392*
Kaspar, E. A. *391*
Katz, D. 15, *94*
Kausen, R. 51, 75, *91*, *94*
Kayser, H. 489, 536, 551, *558*
Kazdin, A. E. 450, *460*, *472*, 473, *475*
Keepers, T. D. 310, 328f, 341, 344, 371, 373, *385*
Kehe, H. W. 543, *555*
Keil, E. 545, 558
Keleman, S. *306*
Kelly, G. A. 443, *445*
Kelly, F. D. *92*, *95*
Kemp, D. E. 369, *392*
Kemper, W.W. 13, *95*, 152, *171*
Kenney, W. 373, *392*
Kent, R. *445*
Kérenyi 181
Kernberg, O. 113, 133, 142, 143, 144, 157, *171*
Keyes, M. F. *392*
Keyserling 181
Kilgour, J. 491, 497, *558*
Kimble, G. 423, *430*
Kindler, N. 181, *242*
Klages 9
Kleemann, J. L. 382, *392*
Klein, Ch. *560*

Klein, M. 114, 133, 160, *171*, 493
Kleinewiese, E. 370, *392*
Kleist, B. 373, *392*
Klinger, E. 455, *460*
Klüwer, R. 157, *171*
Koestler, A. 89, *95*
Koffka 15, 47
Kohlberg, L. 54, 70, *92*, *95*
Köhler 47
Köhnen, E. 458, *460*
Kohut, H. 113, 126, 142, 143, *171*, 278
Körner, J. *171*
Kottwitz, F. 321, 365, 385, *392*
Kraiker, Ch. 88, *95*
Krappmann, L. 508, *558*
Krasner, L. 433, *445*
Kraus, A. *559*
Kretschmer, W. 76, *95*, 281
Kris 113
Krishnamurti 182
Kronfeld, A. 49, *95*
Krueger, H. 47, 489f, 500, 511, 534, 535, 536, 549, *558*
Krüll, M. 12, *95*, 108, 109, *171*
Künkel, F. 15, 31, 36, 80, *95*
Kunze, H. 492, 502, 542, *556*
Künzel, E. 540, *558*
Kuritz, P. T. *392*
Kutter, P. 147, *171*

Lacan, J. 114, 150, *171*
Lahey, B. *472*
Laiblin, W. 235, *242*
Laing, R. 496, 500, 558
Lair 180, *242*
Lamarck 9
Landsman, T. 49, 50, *95*
Landsmann, S. G. 369, *392*
Laplanche, J. 171
Lariviere, P. *395*
Lask, K. 539, *558*
Lawrence, C. *392*
Lazarsfeld, S. 75, *95*
Leibl, R. D. *392*
Leibniz 103
Lemke, J. 550, *558*
Lenzberg, K. 89
Leser, N. *95*
Lessler, K. 372, *392*
Leutz, G. A. 525, *558*
Levaggi 385
Levin, P. *392*
Levin-Landheer, P. *392*
Lévi-Strauss, P. 102, *171*
Levy, E. S. 491, *558*
Lewin 15, 19
Lewin, K. 497, 501f, 505, 508f, 512, *558*
Lewis, R. *302*
Lickona, T. 54, *95*
Liébault 105
Lieberman, M. A. 374, *392*
Lindsley, O. R. 437, *445*
Linster, H. W. *394*
Linton 507
Lisiecki, J. *96*
Litt, Th. 43, 49, *95*
Loewenstein 113
Loomis, M. E. 369, *392*
Long, L. 361, *393*
Long, T. 361, *394*
LoPiccolo, J. 465, *471*
Lord, D. 11, 67, *95*
Lorenz 35
Lorenzer, A. 102, 104, 121, 132, 137ff, *171*
Lovell, A. *556*
Lowe, R. *92*
Lowen, A. 245, 253-258, 261, 264, 266f, 269-272, 275-280, 284-289, 291-295, 298, 304, *306*
Lück, E. *99*
Ludwig 104
Lueger 12, 111
Lyons, B. F. 373, *392*

Macchitelli, F. J. *96*
Mackey, J. 371, *393*
Maetze, G. 115, *171*
Mahler 113, 128
Mahoney, M. J. 82, *95*, 403, *405*, *418*, 419f, *421*, 431, *444*, 453, 456, *460*
Mahrer 66, 67, 68, *93*
Maisenbacher, J. 373, *389*
Main, T. F. *95*, 490, 492f, 499f, *558*
Makarenko, A. S. 496, 503, 504f, *555*
Manaster, G. J. *95*
Manning, N. *557*
Marcel, G. 497, 518, *559*
Marcus, J. *395*
Marcuse, H. 114, 137, 151, *171*

Marlatt, G. A. 465, *471*
Martin, D. V. 500, 534, *559*
Martino *99*
Marx, K. 137
Maslow, A. H. 16, 87, *95*, 114, 182, 196, 324, 328f, *393*, 502, 510, 514, *559*
Massarik 16, *91*
Masters, J. 450, *460*
Mathias, U. 507, 560
Matt, P. v. 162, *171*
Maultsby 87, *95*
Maurer, Y. A. 526, *559*
May 15
McClendon, R. 310, 370, *393*
Mc Clure *389*
Mc Cormick, P. *387*, *393*
McFall, R. M. 462f, 469, *471*, *472*
McGhee 89, *94*
McKenzie, T. L. 469, *472*
McNeel, J. R. 323, 340, 362, 374, *393*
Mead, G. G. 507, *559*
Mead, G. H. 9, 46, 51, 52, 88, *95*
Meichenbaum, D. 411, 443, *445*, 450, 454, *460*, 465, 469, *472*
Meier, C. A. 181, 201, *242*
Meininger, J. 310, 373, *393*
Meister Eckehart 73, *95*
Mellor, K. 385, *393*
Mende, J. 14, *95*
Meng, H. 162, *171*
Merlin, E. A. 312, *393*
Mertens, W. 130, 140, 144, 152, *170*, *171*, *306*
Mesmer 103
Messer, A. *96*
Metzger, W. 15, 346, *393*
Meyer-Fehr, P. 539, 548, *559*, *561*
Meyers, A. W. 465, *470*
Michael, J. C. *404*, *418*, *421*
Miles, M. B. 374, *392*
Miller, A. 360, *393*
Miller, G. A. 19, 87, *96*
Miller, J. G. 400, *405*
Miller, N. E. 402, *404*, 405f, 409, *417*
Miller, P. *430*, *460*, *470*, *471*, *472*
Miller, R. *99*
Miller, S. C. 549, *561*
Milton 103
Minucchin, S. 370, *393*
Mischel, W. 406, 408, *417*, *418*, 422, *430*
Mitscherlich, A. 114, 121, 137, 163, *171*, *389*
Mitterauer, E. 102, 139, *171*
Mitts, B. 469, *471*
Moeller, M. L. 164, 503, 519, 534, 542, *559*
Mohr *91*
Moiso, C. 388, *389*, *393*
Moll, A. 249
Möller, H. J. 102, *171*
Montagu, A. *306*
Moreno, J. L. 490, 493, 495, 497, 501, 502, 507f, 525, 541f, 545, *559*
Moreno, Z. 493, *559*
Morgenthaler, F. *171*
Morokoff, P. 465, *471*
Morrice, J. K. W. 540, *559*
Morris, F. R. *393*
Morris, L. *96*
Morris, St. J. *421*, 429, *430*, 465, 469, *471*, *472*
Mosak, H. H. 37, 38, 67, 79, 82, 88, *96*, *98*
Moser, J. 12, *95*, *96*
Moser, T. 539
Mowrer, O. H. *405*, 405f, *417*, *430*
Mozdierz, G. J. *96*
Müller, A. 66, *96*
Müller, L. 193, *242*
Müller-Braunschweig 116
Musil, R. 117, *171*
Myers, K. 548, *559*
Myerson, A. 492, *559*
Mynertz 105

Natanson, M. 46
Nay, W. R. *445*
Nedelmann, C. 147, *171*
Neill, A. S. 502, 547, *559*
Neubauer, P. B. *171*
Neuer, A. 48
Neuhauser, Ch. *306*
Neumann, E. 181, 204ff, 215, 234, 235, *242*, *306*
Neumann, J. 39, 56, 66, 67, 87, *96*
Neuringer, C. O. *404*, *418*, *421*
Newman, A. 465, *471*, *472*
Niemeier, D. L. *393*

Nietzsche, F. 9, 47, 102f, 112, 147, *171*, 178
Nigel, D. 14, *96*
Nikelly, A. G. 64, 65, 73, *92-96*
Norman, A. 523, *559*
Northcott, M. *393*
Novey, Th. B. 310, 373, *393*
Nowotny, K. *96*
Nunberg, H. 11, 20, *96*, 311

Oberborbeck, K. 525, *558*
Obiols, J. 492, *559*
O'Connel, W. 65, 73, *79*, *96*
Oden, Th. C. 304, 318, 328, 373, 382, *393*
Oechsle, P. 469, *472*
Offer, D. 43, *96*
O'Hearne, L. 369, *394*
Ohlsen, M. M. 369, *389*, *391*
Ohlson, R. *394*
Ollendorf-Reich, J. *306*
Orgler, H. 13, 14, 15, *96*
Ornstein, R. 87, *96*
Orten, J. D. 372, *394*
Overholt, B. *95*

Painter, G. *95*
Papanek, E. 15, 80, 81, *97*
Papanek, H. 15, 80, 81, *97*
Pappenheim, B. v. 106
Paracelsus 168
Parin, P. 121, 162, *171*
Parin-Matthey, G. *172*
Parks, G. A. 465, *471*
Parsons, T. 137, *171*, 507f, *559*
Paula, M. *388*
Pauli, W. 181, 242
Pawlik, K. 435, *445*
Pawlow 47, 405, 408f, 492
Pearsons, G. H. J. 160, *171*
Pechtl, W. 304, *307*
Peck, H. B. *394*
Pedersen, P. B. 78, *97*
Peirce, Ch. 9, 51, *97*
Pepper, F. C. 82, *92*
Penfield, W. 314, *394*
Perlmuter, L. 423, *430*
Perls, F. 16, 114, 182, 253, 281, 324, 363, *394*, 496, 502ff, 514, *559*
Perrez, M. 139, *171*, *418*
Peters, U. H. *556*, *560*
Petersen, G. *394*
Petersen, P. 536, *559*
Petzold, E. 144, *171*
Petzold, H. 73, *97*, 281, *306*, *307*, *388*, *390*, *394*, 495, 503f, 507f, 514, 516, 518f, 521, 525ff, 529, 531f, 534, 539, 540ff, 546f, *555-561*
Pew, W. L. 15, *98*
Philipps, R. D. *394*
Phillips, J. S. 406, 408, 412, *417*, *418*, 439, *445*, 446, *460*
Piaget, J. 54, 87, *97*, 340, *394*
Pinel 491
Pishkin 82
Platon 490
Plessner, H. 45, 88, *97*
Ploeger, A. 492, 502, 511f, 520-524, 539, 548, 551, *558*, *560*
Plog, U. 491, *556*
Poindexter, W. R. 310, 373, *394*
Polster, E. 16, *97*
Polster, M. 16, 97
Pompey, H. 373, 394
Pongratz, L. J. 57, 58, *95*, *97*, 145, 159
Pontalis, K. B. *171*
Pörksen, N. 500, 534, 543, *560*
Prado-Molina, M. 537, *560*
Preiser, S. 37
Preuss, H. G. *171*
Pribram, K. H. 19, 87, *96*
Priestley, J. 181, 213f
Pritz, W. F. 102, 139, *171*
Prokop, H. 181, *242*

Rachmann, S. 166, *171*
Racker, H. *171*
Radebold, H. 161, *171*
Radis 67
Raknes, O. 253, *307*
Ramsburg, J. S. *389*
Rank 110, 312
Rapaport, H. 102, 113, 126, 139, *171*
Rapaport, R. N. 490, 499, 512, 520, 523, 547, 549, 551, *560*
Rattner, J. 8, 9, 13, 14, 46, 48, 49, *97*
Rautenberg, W. 310, 373, *394*
Rebell 491
Rechtien, W. *99*
Rees, T. P. 492, 560
Rehm, L. P. *405*, *445*, *460*, *465*, *471*

Reich, W. 112, 137, *171*, 245f, 249, 251ff, 255f, 268f, 280, 293, 299, 304, *306*, 324, *394*
Reichel-Bleichert *307*
Reindell, A. 144, *171*
Reinecker, H. 413, *418*, 423, 484, *485*
Reinke, E. K. 164, *171*
Reuss, J. M. *394*
Revenstorf,D. 413, *418*
Rexelius, G. *556*
Rhine 181
Richards, A. *389*
Richardt, F. *390*
Richter, H. E. 122, 160, 162ff, 171ff
Ricoeur, P. 102, *172*
Rimm, S. 450, *460*
Ringel, E. 55, 64, 70, 87, *97*
Roazen, P. 13, *97*
Roberts, D. L. 344, 372, *394*
Roberts, S. M. 111, *172*
Robinson, B. A. *394*
Rogers, C. R. 16, 17, *97*, 114, 115, 182, 224, 502, 514, 526, *560*
Rogner, J. 82, *97*
Rogoll, R. 310, 373, *394*
Rohde-Dachser, Ch. 143, 159, *172*
Rom, P. 15, *97*
Romanini, M. T. 370, *394*
Rosen, J. N. *303*
Rosen, M. A. 75, *97*
Rosenthal, R. 548, *560*
Rost, D. 469, *472*
Rothschuh, K. 104, *172*
Rotter, J. B. 406, 427, *430*, 455, *460*
Rüdiger, D. *418*
Rudolff, G. 146, *172*
Ruitenbeck 112, *172*
Rushall, B. S. 469, *472*
Russo, C. 8, *97*
Rüttinger, R. 373, *394*

Saake, E. K. 502, *560*
Sabshin, M. 43, *96*
Sachs, L. B. *404*, *418*, *460*
Sadger 249
Sager, C. *389*, *394*
Salameh, W. A. *99*
Samuels, A. 363, *394*
Sandler, J. 153, 155, *172*
Santsaver, H. E. 362, *394*
Saslow, G. 412, *418*, 435, 438, 440, *445*, 487
Satir, V. 370, *386*, *394*
Sauer, M. 515, *560*
Savary, L. 310, 328, 373, *391*
Schafer, R. 139, *172*
Scharfenberg, J. 162, *172*
Scharmer, F. 15, *97*
Scheier, M. F. 402, *404*
Scheidt, J. v. 112, *170*
Schelling 103, 178
Schiff, A. W. 349, 365, *394*, *395*
Schiff, J. L. 310, 322, 349, 362, 369, 385, *395*
Schilder, P. 46, 55, *97*, *307*
Schiller 9, 51, 103
Schindler, R. 538, *561*
Schittar, L. 490, 497, 499, 501, 551, *561*
Schlegel, L. 185, *243*, 311, 320, 324, 365, 385, *395*
Schleiermacher 47, 178
Schmidt, R. *97*
Schopenhauer 9, 103, 178
Schrecker, P. 9, *98*
Schröter 156
Schubart 178
Schülein, J. A. 137, 138, *172*
Schulte, D. 435, 439, *445*
Schulte, J. *390*
Schulte, S. 547, *561*
Schultz-Hencke, H. 87, *98*, 114, 116
Schulz, W. *555*
Schütz, A. 50, 61, *98*
Schwarz, D. 15, 74, *98*
Schwarz, R. 490, 499, 548, 551, *557*, *558*, *559*
Schwebel, R. *395*
Scott, D. 372, *391*
Seelbach, H. 48, *98*
Seelmann, K. *98*
Seidler, E. 104, *172*
Seidler, R. 15, *98*
Seifert, Th. 185, 192, 194, 202, 234, 235, *243*
Selye, H. *307*
Seubert, E. 162, *172*
Shakespeare, W. 103
Shee, S. M. 469, *472*
Shlien, J. M. 82, *98*
Shneidman, 82, *93*

Shoben, E. J. 406, *417*
Shulman, B. H. 23, 31, 37, 38, 61, 67, *98*
Shyrock, R. H. 104, *172*
Sieper, J. 547, *560*
Sigmund (Schiff), E. 349, 385, *393*, *395*
Silcher, L. 45, *98*
Simmel, E. 9, 497, *560*
Simon, F. B. 550, *560*
Simon, H. 492, *560*
Simoneaux, J. 313, *395*
Sinclair-Brown, W. 369, *395*
Skinner, B. F. 397f, *405*, 406, 408, 411, 422, *430*
Skopec, M. 12, *98*
Slater, P. 515, *561*
Smith, J. R. 435, *445*, 475, *475*
Smuts, J. C. 18, 47, *98*
Solms, H. 538, *561*
Soltz, V. 80, *92*
Sommer, G. *470*
Sonstegard, M. *92*
Sotriffer, K. 12, *95*, *98*
Spates, C. R. 465, 469, *471*, *472*
Spazier, P. 529, 561
Spence, M. R. 370, *395*
Sperber, M. 12, 13, 15, *98*
Sperry 87, *98*
Spiegel, Y. *390*
Spiel, O. 15, 82, *97*, *98*
Spiel, W. 15, 41, 72, 81, *98*, *100*
Spielberger, C. C. *388*
Spinoza 104
Spitz, R. 113, 128, 132, 313, 337, 342, *395*
Spoerri, Th. *555*, *559*
Spranger, E. 49, *98*
Starr, A. 38, 73, *98*
Staub, E. 54, *98*, 465, *471*
Steere, A. D. 373, *395*
Steinbrecher, W. *561*
Steiner, C. 310, 317, 322f, 327, 329f, 338ff, 343, 353, 355, 357f, 363, 371f, 381f, 385, *395*
Sterba, R. 165, *172*
Stern 19
Stevenson, H. 556
Stichtenoth, H. 502, *560*
Stierlin, H. 160, *172*
Stifter, E. *421*, 429, *430*, 465, 469, *471*, *472*
Strachey, J. *389*
Strotzka, H. 162, 164, *172*
Stuart, R. B. *404*, *444*
Stuntz, E. C. 353, 362, *395*
Suinn, R. M. 470
Sullivan, H. S. 114, 309, 492, 497, 502, 505, 506f, 512, 514, *560*
Summerton, O. 353, *396*
Suzuki, D. T. 73, *99*, 181
Symor, N. 323, *396*

Taft, R. 82, *98*
Talbot, E. *561*
Tasso, H. 527, *561*
Terner, J. 15, 98
Teusch, L. 511, 523, 547, *561*
Thiemann, E. 500, 534, *561*
Thomas, E. J. 507, *555*
Thomas, J. P. 469, *472*
Thorensen, C. E. 403, *405*
Thorndike 408
Tittelbach 411, *418*
Titze, B. 72, 81, 82, *97*, *99*
Titze, M. 8, 10f, 15ff, 19, 22, 33f, 37, 40, 42, 45f, 50f, 53-57, 59-62, 66-70, 72, 76, *77*, 79ff, 83, 86ff, *91*, *99*
Tolstoi 498
Tomann, W. 37, *100*, *172*
Trautman, R. 323, 331, *396*
Trenkel 555, *559*
Trimborn, W. *170*
Tuke 491

Ullmann, L. 433, *445*
Ulrich, G. 102, 123, *172*

Vaihinger, H. 313, *396*
Vaihinger, V. 8, 36, 47, 51, *100*
Vanderburgh, J. 382, *396*
van der Geest, H. 373, *396*
van Dusen, W. *100*
Veltin, A. 490, 536, *558*
Vico 48
Vormann, G. 490, 493, 496, 501, 503, 511, 528, 534, 539, *555*, *557*, *558*, *560*, *561*
Voss 492

Waelder, R. 138, 139, *172*
Wagner, J. 369, *396*, 469, *472*
Wagner, R. 112
Wahking 358
Walter, D. A. 82, *92*
Wandel, F. 310, 373, *396*
Wandeler, J. 8, *100*
Warme, G. E. *172*
Warnke, J. 527, *561*
Wathey, S. *396*
Watkins, C. E. 82, *100*
Watson 47, 405, 408, 497
Watzlawick, P. 33, 34, 40, 87, *100*, 513, *561*
Waugh, M. 143, *172*
Way, L. 8, *100*
Weber, M. 49, 87, *100*, 104
Weibl 104
Weigl, E. 15, 100
Weil, Th. 373, *387*
Weiner, J. B. *445*
Weiner, M. S. 527, *561*
Weiss, J. *396*
Weiss, L. *396*
Wertheimer 15, 47
West, J. 82, *100*
Westmeyer, H. 485
Wetzel, H. *394*
Wexberg, E. 10, 19, 41, 49, 55, 59, 64f, 71, 74, 89
White, J. D. 344, 372, *396*
White, T. 344, 372, *396*
Whitney, N. W. 330, *396*
Widdifield, D. A. *396*
Wiener 315
Wiesse, J. 102, 123, *172*
Wiggins, J. S. 440, *445*
Wilcoxon-Craighead, L. 465, *470*
Wilhelm, R. 178, 181
Wilken, F. 87, *100*
Wilkerson, D. 496
Willi, J. *172*
Wilmer, H. A. 500, 548, *561*
Wilson, F. R. *396*
Wilson, G. T. 419, *421*, *445*, *460*, 473, *475*
Windelband 46
Windes, K. L. 369, *396*
Winetrout, K. 8, 54, *100*
Winnicott, D. W. 129, 160, *172*
Within, E. S. 493, 545, *559*
Witt, G. 540, *561*
Wood, K. 369, *396*
Wood, M. 369, *396*
Woollams, S. 320, 327, 328, 359, 361, 365f, 385, *396*
Wolff, T. 181, *243*
Wolpe, J. 450, *460*, 464, *471*
Wucherer-Huldenfeld 104
Wulff, E. 434, *561*
Wundt 104
Wychhoff, H. 372, *395*, *396*
Wyer, R. S. 75, 97
Wyss, D. 172

Yablonsky, L. 495, 499, 519, 527, 534, *561*
Yalom, J. D. 374, *392*, 514, 516, 530, *561*
York, R. 497, *557*

Zalcman, M. 354, 356, 357, 362, 385, *389*
Zarski, J. J. 82, *92*
Zeiler, H. *404*, *459*
Zeitlyn, B. B. 548, 551, *561*
Zich, J. 469, *472*
Zilahi, L. 15, *98*
Zimmer, D. 181, *460*
Zimmer-Höfler, D. 528, 539, 548, 559, *561*
Zimmerly, B. M. *392*
Zwiebel, R. 136, *170*
Zumpe, V. 490, 536, *558*

Sachregister

Ablösung 531
Abspaltung 282
Abstinenz des Analytikers 148f, 152, 156
Abstinenzregel 112, 251
Abstraktionsebene psychoanalytischer Begriffsbildung 138
Abwehr 365ff, 384, 533
Abwehr gegen Terror 284
Abwehrmechanismen 127, 133, 142, 155, 190, 207, 277
abweichendes Verhalten 512
adaptiver Gesichtspunkt 126
Affekte 247
Aggression 87, 237, 271
Agogik 545
Aktionsforschung 547
Aktionsradius 56
Aktivität 29
Aktivitätsgrad 29
Aktual- und Psychoneurose 246
Alchemie 179
Alkoholiker, Anonyme 180, 495, 499
Alkoholismus 180
Alltagsleben 50
Alltagsmilieu 520
Alternativschulen 546
Altruismusverhalten 429
Ambivalenzkonflikt 129, 294
Amplifikation 226
Analer Charakter 249
analytische Familientherapie 157
analytische Funktion 147
analytische Grundregel 153
Analytische Psychologie 113, 150
Analzone 280
Anamnese 298
Anarchismus 504
an sich halten 290
Anatomie 281
Angst 506
Angstneurose 62, 246
Angst zu platzen 294
Anima 178, 194f, 208f, 211
Animus 178, 194f, 208f, 211
Anthropologie 497
anthropologische Psychotherapie 15
Anti-Psychiatrie 496
Antisemitismus 111
Appellationstendenz 57
Apperzeptionsweisen 53
Arbeitsbündnis 153, 154, 301
Arbeitsstörung 263
Arbeitstherapie 492, 512
Arbeitsvertrag 301
Archetyp 178, 192, 196ff
archetypische Wirkfelder 219, 222
Arzt-Patient-Beziehung 107
Assoziation 226
Assoziationsexperiment 178, 191f
Atemmuster des Asthmatikers 300
Atemstörung 263
Atemwelle 263
Atmung 262
Atomphysik und Analytische Psychologie 181
Aufklärung 116
Augensegment 283
Aura 260
Ausbildung 257, 317, 329f, 358, 359, 384
Ausdrucksverhalten 65
Ausdrucksvermögen 302
Außenrealität 521
Austauschmechanismen 135
authentische Person 525
autistische Phase 128
Automatismus, psychomotorischer 193
Autoritätsstruktur 523

Balint-Gruppe 162
Beckenblock 289
Bedürfnis 328, 361
Bedürfnishierarchie 510
Begegnung 518, 551
Behandlungsziele 358ff
Behandlungstechnische Regeln 156
Behaviorismus 257, 497
Beißimpuls 266
Berufsleben 25
Besetzung 279
Besetzungsenergie 311, 332f, 350, 361
Bewegung 261, 269
Bewegungsapparat 278
Bewegungsgesetz 47, 53
Bewußtsein 125, 277

Bewußtseinserweiterung 170
Beziehung, therapeutische 363f, 384
Beziehungsdiagramm 232
Beziehungskonstellation, archetypische 232
Beziehungsstruktur 529
Beziehungssystem 521f, 534
Bezugssystem 32
Bildersprache 195
Bildungsbegriff der Psychoanalyse 165
Biologische Finalität 35
Bioenergetik 113, 150
Bioenergetisch-analytische Gruppenarbeit 302
Bioenergetische Exercises 303
Bioenergie 268
Block 289
Böse, das 325, 330
Borderline-Patienten 158
Borderline-Störungen 142, 143

cartesianischer Dualismus 88
Charakter 250, 279
Charakteranalyse 301
charakteranalytische Vegetotherapie 245
Charakterpanzer 252, 296
Charakterstörung 369
Charakterstruktur 245, 282
Charaktertypen 282
Chassidismus 12
Christentum 179
chronisch verspannte Muskel 265
common sense 26, 42
Compliance 519
corrective emotional experience 515
Curriculum 257

Dämonologie 102
Denkregeln 416
Depersonalisation 288
Depression 61, 141, 291
Deprivation 279
Determiniertheit 257
Determinismus 110, 117, 132
Deutsche Psychoanalytische Vereinigung (DPV) 115
Deutung 101, 155, 156, 227f
—, final-konstruktive 228
—, kausal-reduktive 228
— auf der Objektstufe 228
— auf der Subjektstufe 228
Deutungsarbeit 151
Diagnose 218, 298, 346, 356ff
— des archetypischen Wirkfeldes 219
— der Ich-Entwicklung 219
— der Komplexe 219
— der Sinn-Symbolik des Symptoms 219
— der Struktur der Persönlichkeit 219
Diagnostik 412, 433f, 436ff, 487
—, dialogische 145
Dialektik der Aufklärung 102
dialektische Beziehung 229ff, 232
— zwischen Ich und Selbst 202, 203ff, 231
— zwischen Therapeut und Patient 229ff
dialektischer Prozeß 232
Dialog mit dem Unbewußten 196
Diskussionsgruppen 493
Dominieren 292
Dressurakte 61
Drinnenhalten 295
Durcharbeiten 152
Dynamische Psychiatrie 9

Effektivität 238/9
Einheit 268
Einheitswirklichkeit 181, 184, 187, 199, 205
Einigelungstendenz 56
Einschärfungen 355
Einsicht 501
Einzeltherapie 367, 368, 384
Ejaculatio praecox 297
Eltern 300
Eltern-Kind-Beziehung 529
Emanzipation 523, 533, 554
Emotion 264
energetisch-ökonomischer Aspekt 247
Energiefeld 260
Energiefluß 261
Energieprozeß 256
Entfremdung 519, 533
Entscheidung 320, 321, 323, 330, 351, 355, 361, 371, 383
Entscheidungsfindung 447f, 452, 468, 475ff
Entwicklungsprozeß 300
Entwicklungstheorie 341ff, 425ff

Enuresis nocturna 297
Erfolgsforschung 547
Erinnerung 276
Erlebensgeschichte 145, 146
Ermutigungsprozeß 77
Eros 118, 121, 124, 168, 253
Erregung 259
Erstarrung 285
Ersterinnerung 67
Erstinterview 145, 146
Erwachsenenbildung 165
Erziehungsberatungsstellen 13
Erziehungspersonen 258
Es 125
Escuela Viva 547
Ethik 483f
Ethnologie
Evolution 22, 27
Evolutionstheorie 248
Existenzial- und Daseinsanalyse 113
Existentielle Grundposition 313, 327, 343f
Existentielle Sicherung 56
Existenzanalyse 15
Extraversion 180, 201

familiäre Interaktionsweise 38f
Familie 37, 251
Familienarchetyp 207, 235
Familienatmosphäre 37
Familienkonstellation 37, 67
Familienmodell 515, 540
Familienmotto 69
Familientherapie 367, 371, 384, 465f, 541
Faschismus 253
feed-back 501
Fehlleistung 109
Feindseligkeit 286
Feldbewegung 260
Fiktion 22
Fiktionalismus 51
Finalität der Neurose 217ff
final-konstruktive Deutung 228
Fixierung 250, 293
Flucht in die Gesundheit 155
Fokaltherapie 157, 314, 374
Frankfurter Schule 114
free school 546
freie Thematisierung 71
freies Assoziieren 101
Fremdkontrolle 415, 429, 461, 484
Freude 261
Frigidität 297
frühkindliche Sexualität 110
Frühreife 290
fühlen 266
funktionale Identität 245
Funktion der Entladung 269
Funktion der Ladung 269
Funktion des Therapeuten 301
Funktionstypus 201
Funktionsverteilung 301

Ganzheit 175, 176, 184, 327f, 345
Ganzheitlicher Ansatz 513
Ganzheitstheorie 18
Gebrauchspsychologie 87
Geburtstrauma 205, 247
Gefühl 270
Gegensatzvereinigung 240
Gegenübertragung 106, 118, 145, 152, 159, 165, 366, 530
Gegenübertragungsreaktion 231
Gegenwiderstand 115
Gehirn 276
Gehirnhemisphären 87
Geisteswissenschaften 48
Gemeindenahe Psychiatrie 500, 534, 543
Gemeinschaft 28, 44
Gemeinschaftsgedanke 490
Gemeinschaftsgefühl 26, 47, 52
Gemeinschaftssitzung 524
Gemeinsinn 28
Generalisierter Anderer 52
Generalisierung 450, 467, 488
Genitales 276
genitale Annäherung 297
genitale Phase 280
genitale Struktur 296
genitaler Charakter 249
Gerontotherapie 371, 384, 541
Geschwisterreihe 38
Gesellschaft 251
gesellschaftliche Entfremdung 119
gesellschaftliche Machtverhältnisse 153
gesellschaftliche Realität 122
Gesellschafts- und Kulturformen 258
Gesprächspsychotherapie 113
Gestaltkibbuz 496

Gestalttherapie 113, 150, 253, 281, 503, 505, 540
Gestaltung, künstlerische 226
Gesundheit 346, 358
Gewissen 55, 76, 130
gleichschwebende Aufmerksamkeit 156
Gnosis 178
Gott 271
Gottesbild, Paradoxie des 180
Gottesbild als Selbstsymbol 197
Grazie 267
Grounding 280
Grounding-Konzept 245
große Mutter 529
Gruppendynamik 282, 533
Gruppenkohäsion 516
Gruppenprozeß 303
Gruppentherapie 367, 368, 384, 465f
Gruppen- und Familientherapie 113

Halluzination 288
halluzinierte Wunscherfüllung 117
Haltungen 279
Handlungsbereitschaft 31
Hebephrenie 289
Heiler-Archetyp 233
Heimerziehung 503, 545
Hermeneutik 48
Hier-und-Jetzt-Prinzip 502, 508, 525
Hilfs-Ich 531
Holistische Sichtweise 23, 553
Hologramm 18
Hospitalismus 132, 549
Humanisierung der Arzt-Patient-Beziehung 168
Humanismus 116
Humanistische Psychologie 16, 256, 318f, 413ff, 554
Humor 78
Hypnose 105, 106, 107
Hysterie 63, 105, 141, 247
hysterischer Charakter 296

Ich 31, 117, 120, 125ff, 142, 277, 506
Ich-Autonomie 527
Ich-Bewußtsein 185, 199ff
Ich-Defizit 142
Ich-Entwicklung 128
Ich-Entwicklungsdiagnose 219
Ich-Flexibilität 201
Ich-Funktion 200, 201, 209
Ich-Ideal 125
Ich-Identität 506, 508, 520
Ich-Keime 204
Ich-Psychologie 113, 126, 311
Ich-Reifung 530
Ich-Stabilität 201
Ich-Stärkung 222
Ich-Triebe 248
Ich- und Selbst-Psychologie 278
Ich-Werdung 203ff, 223
Ich-Zustand 312, 315, 331ff, 347ff, 354ff, 383
Ideal der Vollkommenheit 16
Identifikation 45, 134, 226, 543
Identität 554
Identitätsentwicklung 514
Identitätsfindung 254, 504
Identitätsstörung 514
Ideologie 311
Illusion 285
Image 254
Imagination, aktive 193, 224
Impuls 268
Impulsenergie 269
Indikation 461f
Individualpsychologie 7, 113, 313, 382
Individualpsychologischer Berater 81
Individuation im Alter 234
Individuation und Gruppendynamik 234
Individuationsprozeß 184, 186, 203ff, 210ff
Individuelles Apperzeptionsschema 31
Initialtraum 219
Instanzenmodell 281
Instigationstherapie 446, 452, 463
Institutionelle Psychiatrie 534
Instrumentalismus 51
Integrität 504
Interactive Therapy 446, 452
Interaktionismus 409, 420f, 422, 424, 486
Internationale psychoanalytische Vereinigung 115
Internationale Vereinigung für Individualpsychologie 17
Interpersonales Lernen 514
Intersubjektive Begegnung 501
Intersubjektivität 517f
Interventionstechniken 301

Intervention Therapy 447, 452
Introspektion 514
Introversion 180, 201
Intuition 49, 65, 314ff, 317, 382
irrationale Ideen 88
Involvierung 527
Isolierung 135

Kabbala 12
Kapitalismuskritik 382
Kastrationsangst 130, 132, 295
Kastrationsdrohung 297
katatone Erregtheitszustände 289
kathartische Methode 107
kausal-reduktive Deutung 228
Kinderanalyse 157, 159
Kindertherapie 234, 303, 370, 384, 469, 540
kindliche Meinungsbildung 40
Kirche 309, 371, 373, 384
klassische Psychoanalyse 158
Körperaspekt 258
Körperlesen 298
kognitive Kapazitäten 26
kognitive Operationen 34
kognitive Strukturen 19
kognitive Verhaltenstherapie 413f, 419, 435
kognitive Vorgänge 408ff, 411, 486
Kognitive Wende 411
Kollaps 290
Kollektivität 492, 504
Kommunikation 305
Kommunikationsmodell 321, 334ff, 383
Kompensation 14
Kompensationstheorie 88
Komplex 178, 180, 191
Komplexdiagnose 219
Komplexverband 192
Kondensator 275
Konditionierung 321
Konflikt 286, 509
Konfliktfreie Zone 126
Konfliktlösung 141
Konformitätsdruck 533
Konfrontation 361, 533
Konfrontieren 156
Konsens 522
Konsensuelle Validation 514
konspirative Methode 77
Konstitutionstypen 281
konstruktives Denken 276
Kontakt 279
Kontraindikation 303, 461f
Kontraktionswelle 262
Kontraktionszustand 283
Kontrolle 264
Kontrollieren 292
Kooperation 79
Kopernikanische Wende 189, 212
Konzentrationsstörungen 263
Krankenpflege 373, 384
Krankheit 329, 346, 383
Krankheitsbegriff 140
Krankheitseinsicht 250
Kranheitslegitimation 59
Krankheitslehre 140
Krankheitsmodell 433, 435
Kreativität 19
Krebserkrankung 303
Kreisbewegung 197
Kreuz 184, 212
Kreuzigung zwischen den Polaritäten 186, 211f
kritischer Realismus 539
Kultur 24, 109, 254
Kulturtheorie 137
Kunst 109, 117
Kurztherapie 157
Kustodialismus 497, 551

Lebendigkeit 271
Lebensangst 59
Lebensberatung 65
Lebensgefühl 68
Lebensgemeinschaft 534
Lebensphilosophie 9
Lebensplan 30, 310, 312, 313, 320, 321, 322, 343, 354ff, 384
Lebensprozeß 259
Lebensraum 508f
Lebenssinn 213
Lebensstil 10, 18, 24, 31
Lebensstilanalyse 64, 79
Lebenswelt 50
Lebensziel 22, 23
Lebenszyklus 313
Lehranalyse 116
Leidensdruck 63
Leitlinien 36

Lernen durch Einsicht 495
Lernen, lebendiges 514, 550, 551
Lernfelder 525
Lerntheorie 405ff, 413
Libido 125, 248
Libidoökonomie 123
Literaturwissenschaft 162
Logotherapie 15, 113
Lokomotion 509
Loslösungs-Individuationsphase 129, 142
LSD-Forschung 205
Lust 259
Lustprinzip 124, 125, 272
Lust-Schmerz-Spektrum 261
Lust-Unlust-Prinzip 105

Macht 309, 330
Machtaspekte der Arzt-Patient-Beziehung 153
männlicher Protest 86
Märchen 312
Märchenforschung 235
Magnetismus 103
Management 309, 373, 384
Mandala 183ff
marxistische Philsophie 9
masochistische Struktur 293, 295
Masturbationsverbot 297
medizinisches Modell 491
Menschenbild 327ff, 345, 383, 419ff, 554
— des Verfahrens 159
— des Therapeuten 159
Menschenkenntnis 14
Menschenwürde 504
Metabolisierung 265
Metapsychologie 118, 123, 127, 138, 139
Methode der freien Assoziation 107, 149
methodologischer Behaviorismus 412, 414, 416, 431, 433
Mikrokosmos 189, 515
Mikrostruktur 542
Milieu 40
Milieutherapie 489
Minderwertigkeit 35
Minderwertigkeitsgefühl 20
Minderwertigkeitskomplex 57
Miniaturgesellschaft 520
Modifikation des Lebensstils 73
Moral Treatment 491
moralische Entwicklung 54
moralisches Urteil 70
Moralität 70
Motivation 449, 455, 457
mukuläre Verspannungen 266
Muskulatur 272
Mutlosigkeit 56
Mutter-Archetyp 206, 235
Mutter-Kind-Interaktion 128
Mutter-Kompelx, negativer 206
Mystik 178
Mythen 312, 358
Mythologie 121
Mythos, Finden des eigenen 225

Nachahmung 45
Nachahmungslernen 517
Nachfolge 45
Nackenblock 289
Narzißtische Störung 142, 144, 158
Nebenkriegsschauplatz 61
negative therapeutische Reaktion 155
Negativismus 289
Neopsychoanalyse 113f
Neoreichianische Verfahren 281
Neubeeltern 324, 363
Neuerfahrung 525
Neurologie 281
Neurose 180, 185, 217ff
—, Finalität der 228
— und Gesellschaft 218
— und Sinn 217
Neurosenprophylaxe 252
neurotisches Arrangement 58
neurotische Disposition 56
neurotische Unausgeglichenheit 53
neurotischer Konflikt 266
neutrale Triebmatrix 124
Nichtseßhaftenhilfe 503
nomothetische Wissenschaftlichkeit 82
Normalpathologie 140
Numinose 180

objektive Psychologie 492
Objektkonstanz 130
Objektrepräsentanz 126
Objektstufendeutung 228
Objektverlust 247
Ödipuskomplex 108, 141, 249
Offene Kommunikation 518, 521, 522

ökonomischer Gesichtspunkt 124
Ontogenese 43, 249
oraler Charakter 249, 290f
Organdialekt 39
Orgasmusreflex 252
orgastische Potenz 252
Orgon-Therapie 253
Orientierungshilfe 525
Orientierungsverlust 530

Paartherapie 367, 384
Pädagogik 309, 371, 373, 384, 545f
Paradoxe Handlungsaufforderung 550
paradoxe Techniken 79
Paradoxität des Selbst 212
Paranoia 62
Partialtriebe 124
Passivität 61
Persona 208f, 211
Personales Gewissen 70
Persönlichkeit 505
Persönlichkeitsbildungsprozeß 122
Persönlichkeitsmodell 321, 330ff, 383
Persönlichkeitstheorie 422ff, 554
Personbegriff 123, 127
Personifikation von Komplexen 193
Phänomenologie 49
Phantasie 276
Phantasietätigkeit 33
Philosophie 104
—, östliche 179
— des Unbewußten 104
Phobie 247
Phylogenese 249
Physik 281
Physiologie 281
Platzangst 77
Plus-Situation 21
Poetisches Hörvermögen 150
Polarisation 274
Polarität 176, 184f, 211f
Polaritäten, Vereinigung der 233
Politische Abstinenz
positive Übertragung 301
prägenitale Charakterstruktur 296
prägenitale Sexualstruktur 128
Prävention 371, 466, 470, 542f
Pragmatismus 51
primäre Autonomie 126
primäre Bedürfnisbefriedigung 43
primäre Finalität 55, 58
primäre Ich-Autonomie 123
primäre Meinungen 31, 67
primäre Spezialisation 137
primäres Bezugssystem 33, 52, 79
Primärprozeß 124
Primärtherapie 113, 253
Primat der Genitalität 124
Problemlösen 447f, 452, 463, 468, 475ff
Projektion 134, 278, 288
Projektionsfläche 531
Psyche 122, 253
psychiatrische Nosologie 144
psychischer Apparat 117
psychische Gesundheit 28
psychische Krankheit 13
Psychoanalyse 257, 309, 311, 314, 322, 382, 492, 497, 505
Psychoanalytische Nacherziehung 164
psychoanalytische Begriffsbildung 138
Psychoanalytische Familientherapie 109
psychoanalytische Grundregel 148
psychoanalytische Gruppentherapie 157
psychoanalytische Konfliktmodelle 140
psychoanalytische Handlungstheorie 139
psychoanalytische Konfliktmodelle 140
psychoanalytische Pädagogik 165
Psychoanalytische Psychotherapie 158
psychoanalytische Technik 250
Psychodrama 113, 494, 505, 525, 541
Psychologie des Selbst 126
psychologische Gesundheit 510
psychomotorische Sphäre 29
Psychopath 63
psychopathische Struktur 291f
Psychopathologie 347ff, 383, 433ff
psychosoziales Moratorium 520
psychosoziale Störung 513
Psychose 144, 341, 349, 369
Psychoseforschung 249
Psychosomatische Erkrankung 303
Psychotherapie, große 369
Psychotherapiemodelle 341, 383
psychotische Episode 287
Pulsationsrate 261

Quaternität 184

Randgruppen der Gesellschaft 164
rational-kognitive Einsichtsarbeit 150

Rationalisierung 135
Reaktionsbildung 134
reale Beziehung zwischen Patient und Analytiker 153
Realisation 227
Realitätsbezug 520
Realitätskontrolle 144
Realitätsprinzip 125, 273
Realitätsverleugnung 549
Reduktionismus 123
Reedukation 492
Regression 134
Religion 109, 117, 120, 318, 328
Religiosität 180
Replikationstherapie 446, 452, 463
Reservoir 275
Rhythmus 267
rigide Charakterstruktur 296f
Rigidität 282
Ritual 207
Rollen 292
Rollendistanz 508
Rollenentwicklung 517
Rollenflexibilität 508
Rollenhandeln 529, 530
Rollenidentität 508
Rollenkonfusion 550
Rollenkonzept 508
Rollenmuster 522
Rollenspiel 360, 362
Rollentheorie 507
Romantik 103
Rosenthal-Effekt 548
Rotation 275

Säkularisierte Erbsündenlehre 119
Schatten 194f, 208, 211, 214f, 220f, 221, 237
Schichtzugehörigkeit 497
Schizoide Struktur 282f
Schizophrenie 61, 141
Schlagephantasien 295
Schulmedizin 304
Scolatismus 132
sekundäre Finalität 44
sekundäre Kognition 42
sekundäre Meinungen 70
sekundäre Sozialisation 137
sekundärer Krankheitsgewinn 154
sekundäres Bezugssystem 33, 42, 78
Sekundärprozeß 125
Selbst 123, 126, 188, 184, 202ff, 209ff, 277, 422
Selbstaktualisierung 16
Selbstakzeptanz 74
Selbstanalyse 108, 118, 147, 152
Selbstbeherrschung 264
Selbstbeobachtung 400, 404, 426, 428, 450, 462, 469, 485
Selbstbestimmung 414f, 428, 432, 441f
Selbstbewertung 400, 404, 426, 428, 462, 485
Selbstbild 57, 68
Selbstentfremdung 217
Selbsterfahrung 501
Selbsthilfe 503
Selbsthilfegruppe 164, 519, 527
Selbsthilfekräfte 163
Selbstidealisierung 533
Selbstinstruktion 469
Selbstkonstanz 130
Selbstkontrolle 397ff, 404, 411, 426, 429ff, 441, 461, 465, 472, 475, 482, 484ff
Selbstkontrollmethoden 449f
Selbstmanagement 397, 402ff, 415, 432f, 451, 461, 463, 465, 467, 482
Selbstmanagement-Therapie 402ff, 407, 414f, 419, 422, 426, 441, 443, 448, 451, 462, 465, 473, 484
Selbstorganisation 523
Selbstpsychologie 143
Selbstreflexion 76
Selbstregulation 216, 286, 397, 400ff, 404, 408, 412, 422, 423f, 426, 448, 454, 462, 472, 485, 527, 530
Selbstrepräsentanzen 126
Selbststeuerung 397, 402, 422, 423, 441, 486
Selbstsystem 507
Selbstverantwortung 448, 483f
Selbstverstärkung 400, 404, 426ff, 450, 462, 469, 485
Selbstverwirklichung 209ff, 328, 358, 504, 510
Selbst-Werdung 203
Selbstzerstörerische Tendenz 285
Sensitivität 270

Setting 458ff
Sexualität 12, 25, 117, 237f, 256
Sexualmoral 121
Sexualobjekt 271
Sexualtriebe 248
Sexuelle Perversion 110
Sich-Hochhalten 292
Sich-Zusammenreißen 285
Sicherungsstrategien 87
Sinn des Lebens 136
Sinnfindung 147
Sinnsymbolik des Symptoms 219
Social-field-Theorie 501
Sokratischer Dialog 75
Solidarität 330
Soma 253
Soziabilität 523
Sozialarbeit 309, 371
Sozialfürsorge 14
Sozialphilosophie 162
Sozial-Psychiatrie 281
soziale Gleichwertigkeit 80
Soziale Kommunikation 34
Soziale Lerntheorie 406, 424, 453, 486
soziale Norm 43
soziales Atom 542
soziales Interesse 53
soziales Lernen 495, 502, 511, 514
soziales Wissen 41
Sozialisation 41, 45, 127
Sozialisationsagenturen 54
Soziodrama 525
Soziologie 162
Soziotherapie 372, 543f
Spaltung 129, 133
Spannung 259
Spannungsfeld 520
Spezialisierung 274
Sphinkter 275
Spiegeln 298
Spiel, psychologisches 352
Spiel, therapeutisches 234
Spielregeln 41
Sprache 34, 150, 151, 271
— des Therapeuten 72
Steifwerden 297
Stimmungsschwankungen 284
Strafvollzug 544
Streß 266
Streßpositionen 298
Struktur 274
Strukturalismus 114
Strukturdiagnose 219
strukturelle Gesichtspunkte 125
Stupor 289
Subjektstufendeutung 228
Sublimierung 135
Sucht 500
Suchtkrankentherapie 538
Sündenbockpsychologie 194, 214f
Suizidalität 291
Suizidprophylaxe 163
Summerhill 547
Supervision 550
Symbiose 340f, 349, 361
symbiotische Phase 129
Symbol 228
symmetrische Beziehung 520
Symptom und Sinn 219ff
Symptombeseitigung 147, 167
Symptomheilung 250
Synanon 538
Synchronizität 181
Synthetische Funktion des Ich 126
System- und Kommunikationsstörung
Szientistisches Selbstmißverständnis in der Psychoanalyse 139

Talking cure 106
Teamarbeit 517
Teen-Challenge 496
Teleoanalyse 86
Terror 289
Thanatos 118, 121, 124, 168, 253
Theologie 162
Theragnose 298
Therapeutenkrankheit 233
Therapeutenrolle 532
therapeutische Beziehung 301, 453f, 534
therapeutische Familie 540
therapeutische Gemeinschaft 489, 500, 511, 519, 548
therapeutische Institution 512
therapeutische Kultur 519
therapeutische Partnerschaft 500
therapeutischer Prozeß 522
therapeutisches Feld 512, 516
Therapiekontrakt 451
Therapieprozeß 448f, 451, 452, 487f
Therapieziel 441ff, 519

Thymopraktik 281
Tiefenpsychologie 7, 8
Timing 168
Tod 161, 271
Todestrieb 113, 125, 271
Topographischer Gesichtspunkt 125
topographisches Modell 281
totale Institution 533
totales therapeutisches Setting 534
Totalität des Menschen 184
Toxikomanie 290
Transaktion 334ff, 349, 352
Transaktionsanalyse 113
Transfer 280
Transpersonale Psychologie 175, 182
Transzendenz 240
Traum 109, 219ff, 224ff, 236ff
Trauma 248
Traumarbeit 363
Traumdeutung 109, 149
Trennungsangst 132
Trieb 124, 246
Triebbefriedigung 24
Triebkräfte 505
Triebstruktur 116, 117
Triebverzicht 117
Triebziel 124
Trübung 315, 347, 361, 383
Tvind-Schule 547
Typologie 30
Typologische Kategorien 29

Über-Ich 125, 127, 130, 142, 278
Über-Ich-Widerstand 155
Überleben 324, 328, 342, 383
Überprüfbarkeit 239
Übersummativitätstheorie 501
Übertragung 89, 108, 154, 300, 301, 365f, 384, 530
Übertragung, archetypische 233
Übertragungsanalyse 101, 167
Übertragungsneurose 151, 250
Übertragungsobjekte 129
Übertragungsphänomene bei den Schülern 165
Umwelt 506
Unbewußtes 103, 104, 117, 125, 187ff
—, kollektives 178, 188, 196ff, 205f
—, persönliches 188f, 193ff
— als Ursprung des Bewußtseins 189
— als Urstoff 177
Unlust 248
Ungeschehen machen 134
unnütze Seite des Lebens 28
Unten 188
Unterbewußtsein 187
Unterdrückung 291
unus mundus 187
Ur-Beziehung 206
Ursymbolik 177
Ur-Vertrauen 129, 540

Valenz 509
Vater-Archetyp 207, 232
Vaterinstanz 529
Vegetative Energie 252
Vegetotherapie 252
Veränderung der Gesellschaft 163
Veränderungsplanung 442f
Verdrängung 104, 135, 246
Verein für freie psychoanalytische Forschung 11
Verein für vergleichende Individualpsychologie 11
Verführungstheorie 109
Verhaltensänderung 446, 463, 485
Verhaltensdiagnostik 435ff
Verhaltenstheorie 405ff, 412, 425, 433, 436, 437, 484
Verhaltenstherapie 398, 408, 411, 412, 450, 453, 458, 463, 473, 484, 505
Verleugnung 134
Vermeidungsfrage 66
Vernunft 34
Verschiebung 134
Verstehen 47
Verstehende Psychologie 48
Verstehende Tiefenpsychologie 46
Versuchsschule 14
Vertrag, therapeutischer 321, 358, 360, 363f, 373, 384
Viktorianismus 110
Vollkommenheitsstreben 20
Vollständigkeit 186
Vorbewußtes 125
Vorstellung 276
Vorurteil 258

Wachstum 506, 514
Wachstums-Theorie 510

Wahrheit 51
Wahrnehmung 276
Wahrnehmungsfunktion 277
Wahrnehmungsverzerrung 530
Weltbild 68
Weltzugewandtheit 27, 61
Widerstand 74, 80, 108, 154, 230f, 300, 301, 365f, 384, 456f, 531f
— gegen Bewußtwerdung 230
— als Schutzfunktion 230
— gegen den Therapeuten 230
—, unbewußter des Therapeuten 231
Widerstandsanalyse 115, 301
Wiederannäherungsphase 129
Wiedergeburt 212
Wiederholungszwang 149, 313, 320
Wille 414, 423f
Wirkfelder, archetypische 199, 219, 222
Wirklichkeit der Seele 216
Wirklichkeitsbild 200
Wissenschaft 120
Wissenserwerb 36
Witz 109
Workshop-Arbeit 303
Wut 286

Zärtlichkeitsbedürfnis 26
Zauberlehrling 189
Zensur 104
zentrale Gedanken 60
Ziele 32
Zielbestimmung 438, 443f, 462, 477
Zielgerichtetheit 7
Zielvorstellung 23
Zivilisation 281
Zurückhaltung 296
Zuwendung 309, 313, 337f, 361, 383
Zwangscharakter 296
Zwangsneurose 62, 141, 146
Zwangsvorstellung 297
Zweck der Symptome 66
Zweistuhl-Arbeit 362



Jakob Levi Moreno (Psychodrama)



Friedrich S. Perls (Gestalttherapie)



Laura Perls (Gestalttherapie)



Paul Goodman (Gestalttherapie)



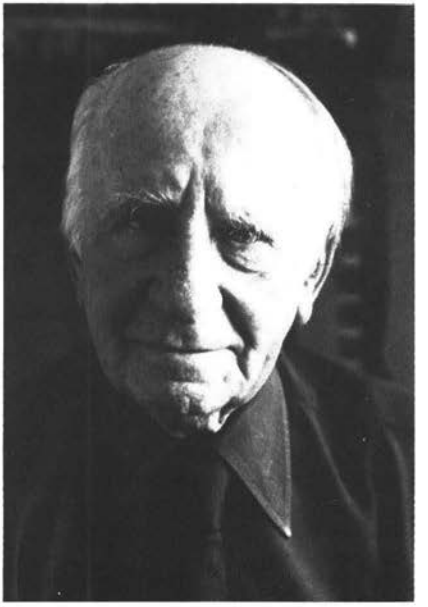
Carl R. Rogers (Gesprächspsychotherapie)



Virginia Satir (Familientherapie)



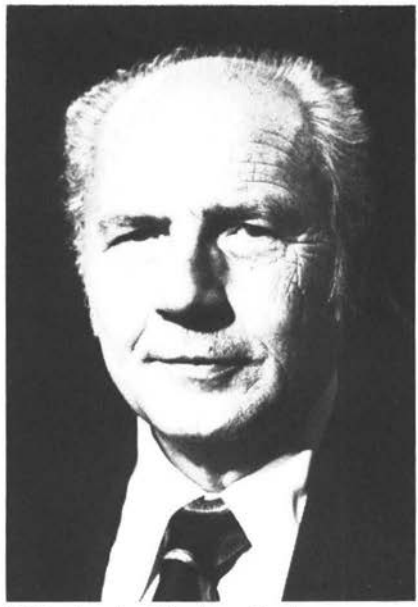
Viktor E. Frankl (Logotherapie)



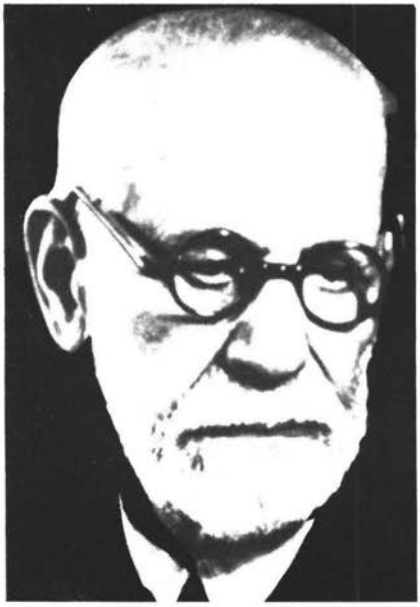
Karlfried Graf von Dürckheim (Existential-psychologisch-Meditative Therapie)



Alfred Adler (Individualpsychologie)



Tobias Brocher (Psychoanalyse)



Sigmund Freud (Psychoanalyse)



Carl Gustav Jung (Analytische Psychologie)



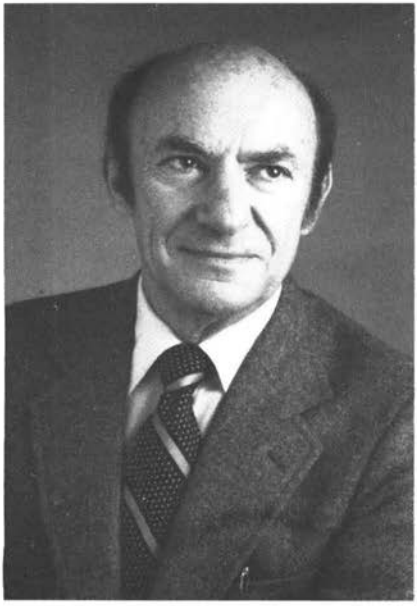
Alexander Lowen
(Bioenergetik)



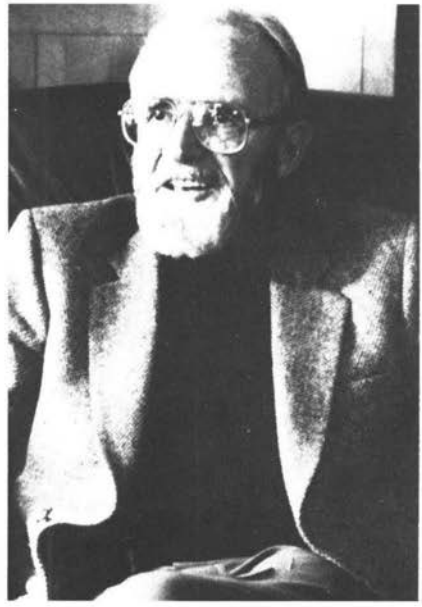
Fanita English
(Transaktions-
analyse)



Eric Berne
(Transaktions-
analyse)



Frederick H. Kanfer
(Kognitive Verhaltenstherapie)



Maxwell Jones
(Therapeutische Gemeinschaften)