

Geschichte, Paradigmen und Methoden der Psychotherapie

Gerhard Stumm

Insofern zur Lagebestimmung einer Disziplin auch eine kurze Besinnung auf ihre historischen Wurzeln gehört, werden im vorliegenden Beitrag zunächst einige Stationen in der Entwicklung der Psychotherapie von einer ‚primitiven Heilkunst‘ zu einer wissenschaftlich fundierten Fachdisziplin skizziert. Aufgezeigt wird weiters, daß es die Psychotherapie als eine nach bestimmten Konventionen allgemein anerkannte Einheitslehre – vergleichbar der Schulmedizin –, also eine ‚Schulpsychotherapie‘, nicht gibt. Vielmehr lassen sich eine Reihe von zum Teil sehr unterschiedlichen Ansätzen erkennen, die sich an jeweils anderen Leitmotiven und Grundsätzen (Paradigmen) orientieren. In der Folge werden überblicksartig jene Faktoren näher beschrieben, die in den einzelnen psychotherapeutischen Schulen jeweils als wirksam und hilfreich erachtet werden. Schließlich werden einzelne Ansätze, denen im vorliegenden Buch keine eigenen Kapitel gewidmet werden konnten, kurz vorgestellt: Transaktionsanalyse, Kathym Imaginative Psychotherapie (KIP), Autogenes Training und Hypnosetherapie, als Beispiele für existentiell orientierte Psychotherapie Existenzanalyse und Daseinsanalyse sowie integrative Ansätze (Neurolinguistisches Programmieren, Integrative Therapie nach H. Petzold). Hinweise zur Ausweitung des Settings und des Anwendungsbereiches im allgemeinen und des Ansatzpunktes in Form körper-, bewegungs- und kreativitätsorientierter Psychotherapie im besonderen runden den Beitrag ab.

1 Zur Geschichte der Psychotherapie

Vorformen der Psychotherapie sind so alt wie die Menschheit. Priester und Ärzte haben über Jahrhunderte psychotherapeutische Funktionen übernommen. Beispiele religiös-magischer Heilkunst finden sich etwa bei Frank (1981), eine Kurzzusammenfassung verschiedener Vorfahren der Psychotherapie (Priester-

28 Geschichte, Paradigmen und Methoden

heiler, Philosophie, Ärzte des Mittelalters und der Renaissance, Psychiatrie) gibt weiters Condrau (1989). Aus der arabischen Medizin des 9. und 10. Jahrhunderts berichten Farau & Cohn (1984, S. 58 f.) von Rhazes, der den willensschwachen Emir auf drastische Weise mobilisiert, indem er ihm einen Schrecken einjagt, und von Avicenna, der sich auf einfühlsame, aber auch trickreiche Weise in die ‚Welt‘ des Prinzen begibt, der glaubt, eine Kuh zu sein. Hier klingen zum einen provokative, aversive und paradoxe Vorgehensweisen, zum anderen klientenzentrierte Haltungen an, die auch in der modernen Psychotherapie wertvolle Hilfestellungen ermöglichen.

Als systematisch entwickelte, wissenschaftlich fundierte Disziplin ist die Psychotherapie allerdings relativ jung. So taucht der Begriff „Psychotherapie“ erst um 1870 in England und den Niederlanden zum ersten Mal auf. Erst mit der Entwicklung der Psychoanalyse durch Sigmund Freud um die Jahrhundertwende stand eine theoretisch wie praktisch ausgewiesene und wissenschaftlich zu nennende Methode zur Verfügung, die zugleich den Beginn der modernen Psychotherapie markiert.

Mitteleuropa, im besonderen Österreich (hier Wien; vgl. dazu Frischenschlager 1994), Deutschland, die Schweiz und Ungarn haben aus historischer Sicht überragende Bedeutung für die Entwicklung der modernen Psychotherapie. Dies wird schon daran deutlich, wie viele ihrer Pioniere – zumindest bis vor 1933 bzw. vor dem Zweiten Weltkrieg – in diesem geographischen Raum gelebt und gewirkt haben (z. B. Freud, Adler, Jung, Moreno, Reich, Ferenczi, Balint, Rank, Binswanger und Frankl, um nur einige Namen zu nennen).

Ein historischer Abriss der Psychotherapie kann meines Erachtens an einer Quelle nicht vorbei: an Henry Ellenbergers *Opus magnum* (1985), einer bis in kleinste Details dringende Darstellung der Vorläufer und Repräsentanten einer psychodynamischen Denkweise, dabei immer auch mit Bezug zum zeit-, ideen- und wissenschaftsgeschichtlichen, kulturellen und gesellschaftlichen Hintergrund.

Die ‚primitive‘ Heilkunst

Ellenberger führt verschiedene Verfahren der primitiven Heilkunst an, die er anhand von Beispielen aus früheren geschichtlichen Epochen wie auch aus anderen Kulturen belegt. Immer wieder lassen sich irrationale, suggestive, autoritäre, kathartisch-krisenhafte Elemente finden, wobei Dämonen und Geister, Seelenverlust sowie Tabuverstöße und unerfüllte Sehnsüchte krankheitserzeugende Funktion haben. Es lohnt sich, die einzelnen von Ellenberger beschriebenen ‚Heilverfahren‘ in Hinblick auf moderne Psychotherapieverfahren und ihre

Wirkfaktoren zu erörtern. So lassen sich eine Reihe von Analogien, aber auch Unterschiede zu einem modernen Verständnis von Psychopathologie und psychotherapeutischer Behandlung aufzeigen:

→ Die verlorene Seele etwa könnte als ein von sich selbst entfremdeter Zustand verstanden werden, die beim ‚Besessenen‘ zur Sprache gebrachten Geister als verdrängte Anteile seines eigenen Selbst, die nach außen projiziert werden.

→ Feierliche Rituale, z. B. des Exorzisten, der vom bösen Geist und von den eigenen Fähigkeiten überzeugt ist, sind auch in der Psychotherapie anzutreffen. Zeremonielle Aspekte werden insbesondere in kreativitätsorientierten Psychotherapiemethoden zur Intensivierung des Erlebens und des spontanen Ausdrucks verwertet. Auch die Gegenwart von Stammesmitgliedern in der primitiven Heilkunst findet ihre Parallele in der modernen Gruppenpsychotherapie.

→ Die lange Ausbildung und Vorbereitung des Heilers hat ihre Entsprechung in der tiefgreifenden Arbeit der PsychotherapeutInnen in Ausbildung an sich selbst im Rahmen der Selbsterfahrung bzw. Lehrtherapie, um sich für eigene blinde Flecken zu sensibilisieren und – analytisch gesprochen – die Gegenübertragung besser kontrollieren zu können.

→ Die Bedeutung der Beziehung zwischen dem Heiler und dem Kranken, speziell zwischen dem Exorzisten und dem ‚Besessenen‘, ist wahrscheinlich um nichts weniger wichtig als jene zwischen Psychotherapeuten und Klienten. Hier wie dort soll jemand oder etwas mit Hilfe der Begleitung und Unterstützung eines anderen Menschen zum Sprechen bzw. zum Ausdruck gebracht werden, wobei das gewaltvolle und direktive Element, das im Exorzismus steckt, in einer dialogischen und verständnisvollen Psychotherapie natürlich fehl am Platz ist. In beiden Fällen aber entfaltet die ‚Katharsis‘, die emotionale Entlastung, ihre Wirkung.

→ Die Reproduktion des Traumas im Rahmen zeremonieller Prozeduren mobilisiert emotionale Ansprechbarkeit und Erschütterung, aber auch Bewältigungsreserven. Als Schocktherapie ist dies mit Reizüberflutungstechniken aus der Verhaltenstherapie und in Form einer geplanten Inszenierung mit dem Psychodrama verwandt, wo unter Beiziehung von Hilfs-Ichs in der Gruppe eine Integration störender oder ungenützter Anteile der Person angestrebt wird.

→ Auch der Äskulapcult in den Tempeln des alten Griechenland weist Ähnlichkeiten mit Psychotherapie auf: Die Behandlung bestand darin, daß man sich in den Tempel – noch früher in eine Höhle – zurückzog, um sich dort „auf dem Boden liegend“ auszuruhen, aber auch dem Erleben der auftauchenden Empfindungen, Phantasien und Visionen, mitunter wohl auch dem damit einhergehenden Entsetzen auszusetzen. Wichtig dabei war sowohl die Vorbereitung, die in Reinigung, Wassertrinken und Gebet bestand, als auch die Existenz eines sozial definierten Ortes, an dem Heilung stattfinden kann. In der ‚modernen‘ Psycho-

30 Geschichte, Paradigmen und Methoden

therapie wird die psychotherapeutische Praxis, in der Urschreitherapie zum Beispiel das Hotelzimmer oder ein schalldichter Keller, zum Rückzugstempel. Das Erleben, das keiner weiteren Deutung bedarf, als heilende Kraft, ist in vielen, vor allem humanistisch orientierten Psychotherapieansätzen zur Erfolgsformel erklärt worden.

→ Die Anleitung im Kampf gegen böse Geister, die Enthüllung des ‚krankmachenden Geheimnisses‘ sowie die Ermutigung zum ‚Geständnis‘ eines Tabuvergehens oder eines verbotenen Wunsches bedürfen – so wie Psychotherapie dies unter dem psychologischen Konzept abgewehrter oder verzerrt symbolisierter Regungen sieht – der Exploration und Empathie. Heute wissen wir, daß dem Psychotherapeuten in der Überwindung von Beschämung und Schuldgefühlen eine wichtige Zeugenfunktion zukommt, die dazu beiträgt, psychogene Opfer hinsichtlich somatischer Ebene, Lebensqualität und Freiheit aufzugeben.

→ Die Anwendung von Vorformen der Psychotherapie war nicht selten von Verschlimmerungen begleitet, im guten Fall Ausdruck von Zuspitzung und Widerstand, im schlechten von einer zusätzlichen iatrogenen Schädigung des ‚Patienten‘; beides ist auch in der Psychotherapie heutigen Datums nicht unbekannt. Hingegen scheint die grundsätzlich autoritäre und drohende bzw. bestrafende Leitlinie der Vorläufer der Psychotherapie, die sich in den Drohungen an den bösen Geist, der im Besessenen als Eindringling bekämpft wird, aber auch in Beschwörungen und Schuldzuweisungen gegenüber dem (besessenen) Kranken manifestiert, in der heutigen Psychotherapie weitgehend überwunden.

In der Rückschau auf die ‚primitive Heilkunst‘ läßt sich vor allem erkennen, daß der *Heiler eine eminent wichtige Person der Gemeinschaft ist. Er und seine Methode sind innerhalb der sozialen Bezugsgruppe bzw. des Stamms anerkannt.* Diese Bedeutung kommt Psychotherapeuten heute zwar allenfalls in einzelnen Subkulturen und Gesellschaftsschichten zu. Von einer gesamtgesellschaftlichen Anerkennung kann heute nur beschränkt ausgegangen werden, aber das trifft auf die meisten Bestandteile pluralistischer Gesellschaften zu. Daß *Heilung an einem sozial definierten Ort stattfindet*, gilt aber auch für die moderne psychotherapeutische Praxis.

Weiters ist traditionell die *Person des Heilers von zentraler Bedeutung und nicht die Technik.* Dies gilt auch für die meisten psychotherapeutischen Schulen. Die Prinzipien der ‚primitiven‘ Heilkunst, daß der Glaube des Heilers an seine eigene Fähigkeit und der Glaube des Patienten an die Fähigkeiten des Heilers wichtige Voraussetzungen für den Erfolg sind, sind auch für die Psychotherapie maßgeblich, weswegen auch großes Augenmerk auf die persönliche Entwicklung des Psychotherapeuten in seiner Ausbildung gelegt wird.

Magnetismus und Hypnose

Heiler und Exorzisten bedienten sich immer schon des Rappports, d. h. der affektiv besetzten Beziehung, sowie der Hypnose und der anweisenden Suggestion, die im wesentlichen auf einem autoritären Vorgehen und einem interpersonalen Ungleichgewicht basierte. Daß hilfeschuchende Personen oft suggestibel, ansprechbar und lenkbar sind, sich gerne in Abhängigkeit begeben, wurde und wird auch heute noch aufgegriffen. Ab etwa 1770 begann sich die Hypnose von ihrem mystisch-magischen Kontext zu lösen. Neben dem vorwiegend noch im Rahmen exorzistischer Grundvorstellungen agierenden Schweizer Priester Johann Joseph Gassner (1727-1779) wurde der österreichische Arzt Franz Anton Mesmer (1734-1815) zur Hauptfigur dieses Ablösungsprozesses. Nachdem er Wien nach einer mißglückten Behandlung verlassen mußte, wurde er im vorrevolutionären Paris zu einer – wenn auch umstrittenen – ‚Kultfigur‘. Seine durchwegs aus gehobener sozialer Schicht stammende Klientel – zumeist handelte es sich um Frauen, die von der Ausstrahlung des charismatischen Mesmer und seiner Zeremonie ‚beeindruckt‘ waren – behandelte er in Gruppen, die im Kreis in einem riesigen – *baquet* genannten – Bottich saßen. In Trance versetzt, überkamen sie krisenhafte Krämpfe (siehe dazu Farau 1984, S. 62; Ellenberger 1985, S. 104 f.), die die Erkrankung dokumentierten, aber auch einen Weg zur Gesundung bedeuten konnten. Erklärte Absicht des Magnetiseurs war es, das ‚animalische Fluidum‘, jene physikalisch gedachte Lebenskraft, vom Magnetiseur auf die Patienten zu übermitteln bzw. in diesen zu erwecken oder besser zu verteilen. Heute meinen wir zu wissen, daß die Beziehung zwischen Magnetiseur und magnetisierter Person das eigentliche Agens für die Veränderungsprozesse darstellt, nicht aber die Beeinflussung einer physikalischen Größe, wie des animalischen Magnetismus. Eine vom französischen König eingesetzte Kommission der Pariser Akademie der Wissenschaften, der unter anderem auch Benjamin Franklin angehörte, kam jedenfalls zu dem Schluß, daß das magnetische Fluidum nicht existiere, die Wirkungen der Behandlungsmethode Mesmers daher nicht darauf, sondern auf die Kraft der Einbildung zurückzuführen seien. Ein psychologisches Phänomen, nämlich der Glaube des Patienten daran (Placebo-Effekt), sei als Erklärung für die Wirkung in Erwägung zu ziehen. So kam es, daß Mesmer die wissenschaftliche Seriosität abgesprochen wurde. Dennoch kann Mesmers animalischer Magnetismus als erster Versuch angesehen werden, hypnotische Phänomene in eine wissenschaftliche Theorie zu bringen.

Ein Schüler Mesmers, der Marquis de Puységur, dem Sloterdijk (1985) unter anderem im Titel seiner phantastischen Zeitreise die Referenz erweist, indem er die Ulme, unter der Puységur seine Patienten behandelte, als „Zauberbaum“ apostrophiert, erkannte den psychologischen Hintergrund der ‚magnetischen‘ Kur, indem er die geistigen Kräfte des Magnetismus als Wirkvariable identifizierte. Puységur

32 Geschichte, Paradigmen und Methoden

setzte die Tradition Mesmers fort, führte aber in seiner magnetisch-hypnotischen Methode im Gegensatz zu diesem mit dem „künstlichen Somnambulismus“ einen sanfteren Zustand herbei; auch der „posthypnotischen Amnesie“, also dem beeinträchtigten Erinnerungsvermögen nach der hypnotischen Prozedur, wurde hier stärkere Beachtung geschenkt (vgl. Peter 1987, S. 337-340).

Den nächsten Schritt in Richtung Suggestionstheorie setzte der portugiesische Priester Abbé Faria (1755-1819) Anfang des 19. Jahrhunderts. Ihm erschien – in paradigmatischer Umkehr der klassischen Sichtweise – die Rolle des Hypnotisanden wichtiger als jene des Hypnotiseurs. Auch begrifflich löste er sich vom Magnetismus und bezeichnete den hypnotischen Schlaf als „concentration“ oder „sommeil lucide“ („lucider Schlaf“), den er mit Verbalsuggestionen, aber auch sensorischen Reizen (langsameres Bewegen der Hand auf die Augen des Hypnotisanden zu) auslöste.

Der Begriff Hypnose – eigentlich künstlicher Schlaf – wurde erst 1843 vom englischen Augenarzt James Braid (1795-1860) eingeführt. Er sah physiologische Phänomene als hauptverantwortlich für den „nervösen Schlaf“, den er durch die von ihm zunächst Neurohypnologie, später eben Hypnose genannte Methode erreichte. Zur Induktion bediente er sich vorwiegend der „Fixationsmethode“, indem er einen in der Höhe der Nasenwurzel gehaltenen glänzenden Gegenstand starr betrachten ließ. Später führte er die dabei auftretenden Trancephänomene nicht mehr auf den nervösen Schlaf zurück, sondern auf eine erhöhte Aufmerksamkeitskonzentration, bei der Imaginationen und Erwartungen sogar viel intensiver wären als im Wachzustand – womit sich in der Folge völlig neue Anwendungsperspektiven eröffneten. Da es sich auch nach heutigem Verständnis bei der Hypnose – eigentlich der Trance, die durch die Hypnose induziert wird – um einen Wachzustand bzw. eine veränderte Bewußtseinslage handelt, ist die allgemein bekannte Bezeichnung Hypnose als falsch zu betrachten.

Zuletzt seien für die zweite Hälfte des 19. Jahrhunderts namhafte Vertreter der Hypnose in Theorie und Praxis genannt: Der an der Pariser Salpêtrière wirkende Jean Martin Charcot (1825-1893) vertrat die Auffassung, daß Hypnose ein hysterisches Phänomen sei und daher nur bei Hysterikern auszulösen wäre. Die Schule von Nancy mit Liébeault (1823-1904) und Bernheim (1840-1919) hingegen, die auch die Begriffe Suggestion und Suggestibilität einführte, sah die Hypnose als Variante normalen Erlebens und daher auch bei Gesunden anwend- und auslösbar. Von den genannten Männern ließ sich auch Sigmund Freud im Rahmen seiner Frankreichreisen die hypnotischen Techniken vermitteln. Nach anfänglichem Gebrauch der Hypnose durch Freud („Hypnokatharsis“) wurde diese von ihm jedoch in der Folge als zudeckend abgelehnt. Nach Ellenberger läßt sich somit eine Linie zurückverfolgen, die vom Exorzismus über den Magnetismus und Hypnotismus bis zur Psychotherapie reicht. Die Geschichte der dynamischen Tradition der Psychiatrie und damit der Psychotherapie beginnt mit Mesmer und

setzt sich über Frankreich mit Puységur, Charcot und Bernheim fort, um über Freud wieder nach Wien zurückzukehren.

2 Paradigmen der modernen Psychotherapie

Eine Reihe von Philosophen, Dichtern und Schriftstellern, die romantische Medizin des 19. Jahrhunderts und die oben erwähnten Vorläufer der dynamischen Psychotherapie und Tiefenpsychologie ließen in ihren Auffassungen anklingen, daß es im Menschen auch irrationale, triebhafte und unbewußte Kräfte gibt. Es blieb Sigmund Freud vorbehalten, mit der Psychoanalyse einen systematischen erfahrungswissenschaftlichen Zugang zu diesen Bereichen zu gewinnen und auf der Basis der Theorie des Unbewußten ein revolutionierendes Ideengebäude und eine psychologisch fundierte Neurosenlehre zu entwerfen. Hier wurzelt das tiefenpsychologische Paradigma, dessen ungeheuer reichhaltige Ausdifferenzierung in den letzten hundert Jahren viele Abkömmlinge hervorgebracht hat, die sich zum einen als Entwicklungen innerhalb des Hauptstromes der Psychoanalyse, zum anderen als Abspaltungen und konkurrierende Schulen begreifen (vgl. im Detail Datler & Stephenson in diesem Band). Darüber hinaus haben sich im Verlauf des 20. Jahrhunderts, sei es modifizierend oder im Widerspruch, auch grundlegend von der Psychoanalyse verschiedene Auffassungen und Verfahrensweisen in der Psychotherapie entwickelt (vgl. dazu auch die ausführliche Darstellung von Ruth Cohn in Farau & Cohn 1984; Auszüge aus Originalarbeiten, die historisch und paradigmatisch gesehen von Bedeutung sind, wurden von Toman & Egg 1988 zusammengestellt), die ich unter Berücksichtigung der historischen Bezüge in ihrem paradigmatischen Grundgehalt im übernächsten Abschnitt voneinander abheben möchte. Dazu müssen vorher jene Aspekte vorgestellt werden, die für die Charakterisierung der Paradigmen in der Psychotherapie überhaupt von Belang sind.

2.1 Gesichtspunkte für paradigmatische Differenzierungen

Inhaltliche Paradigmen können ihre Charakteristika aus recht unterschiedlichen Ebenen und Dimensionen beziehen:

→ aus den philosophischen Grundlagen, d. h. aus dem expliziten Menschen- und Weltbild (z. B. humanistisch, existenzphilosophisch, holistisch, spirituell, materialistisch, mechanistisch, deterministisch, triebbestimmt, systemisch) und der erkenntnis- und wissenschaftstheoretischen Position (z. B. Positivismus, kritischer Realismus, Phänomenologie, Hermeneutik, Konstruktivismus).

→ aus dem Personverständnis bzw. daraus, welche Bereiche der Person vorrangig betrachtet werden: Die *personale* Ebene charakterisiert den autonomen

34 Geschichte, Paradigmen und Methoden

und reflexiven Anteil des existentiell gefragten Menschen. Die *intrapersonale* Ebene kennzeichnet die Psychodynamik eines Menschen, allenfalls unter Miteinbeziehung einer *sub-personalen* Ebene, die das Personverständnis auf unbewusste, irrationale Seiten ausdehnt. Die *interpersonale* Betrachtung sieht das Individuum in seiner Verbundenheit mit den anderen. Schließlich hebt eine *transpersonale* Annäherung die Person in transzendente Sphären, die den individuellen, aber auch den sozialen Rahmen überschreiten.

→ aus den spezifischen theoretischen Grundannahmen (z. B. Unbewusstes, Lernparadigma, konstruktive Aktualisierungstendenz, existentielle Gegebenheiten, systemtheoretische Vorstellungen).

→ aus den als grundlegend erachteten Wirkweisen und Zielsetzungen (z. B. aufdeckend-konfliktorientiert, direktiv-persuasiv, nicht-direktiv, stützend-adaptiv, reedukativ, problem-, ziel- und lösungsorientiert; vgl. Kind 1982, S. 63 f. und S. 125 sowie unten).

→ aus der Arbeitsweise in der Praxis, d. h. in welchen Settings (Einzel, Gruppe, Paar, Familie; Sitzen, Liegen auf Couch oder Matte, Stehen, Bewegung, Tanzen, Spielen oder auch Kombinationen dieser Möglichkeiten), mit Hilfe welcher Techniken und Medien (Gespräch, Bilder, Körper, Atem, Bewegen, kreative Medien) und mit welchen Zielgruppen (z. B. Kinder, Jugendliche, Erwachsene, auch ältere Personen bzw. Indikationen wie Personen mit Neurosen, Psychosomatosen, Psychosen, Süchten etc.) gearbeitet wird.

Aus den vorgestellten Betrachtungswinkeln lassen sich unzählige Kategorisierungen bilden, am gängigsten ist dabei jene Unterscheidung nach vier psychotherapeutischer Grundausrichtungen (*aufdeckend-tiefenpsychologische* Ansätze, *humanistisch-erlebnisorientierte* Ansätze, *problem- und verhaltensorientierte* Ansätze sowie *systemisch-lösungsorientierte* Ansätze), denen auch das vorliegende Buch im Aufbau seines Hauptteiles folgt.

Während die psychodynamisch-tiefenpsychologisch ausgerichteten Therapieformen mit ihrem biographisch-rekonstruktiven Schwerpunkt konfliktorientiert-aufdeckend bzw. einsichtsorientiert sind, betonen die kathartisch-erlebnisorientierten Ansätze der humanistischen Bewegung (Psychodrama als Vorläufer, Gestalttherapie, Klientenzentrierte Psychotherapie, z. T. Körperpsychotherapien) die unmittelbare Erfahrung im Hier-und-Jetzt der therapeutischen Beziehung bzw. des therapeutischen Geschehens. Beide Strömungen schenken der umfassenden Arbeit an der Persönlichkeitsentwicklung Beachtung und nicht nur einer Symptom-, Problem- und Verhaltensorientierung.

Demgegenüber legen problem- bzw. verhaltensorientierte Richtungen eher Wert auf konkrete aus einer Problem- bzw. Verhaltensanalyse abgeleitete, operationalisierbare Fragestellungen und Zielsetzungen. Systemisch-lösungsorientier-

te Vorgangsweisen wiederum haben ihren Akzent auf den Ressourcen und Anregungen zu neuen kreativen Lösungsmöglichkeiten. Problembeschreibungen sind dabei nur Ausgangshypothesen, die nicht weiter vertieft werden, um nicht die „Problemtrance“ zu perpetuieren.

Über diese traditionellen Paradigmen hinaus unterscheide ich in der folgenden Darstellung noch existentielle und transpersonale Konzepte sowie Trancemethoden, deren Klassifikation als eigenständige Paradigmen sich trotz teilweise enger Bezüge zum tiefenpsychologischen Paradigma vor allem aus den leitenden Theoremen und der praktischen Umsetzung rechtfertigen läßt.

2.2 Einzelne Paradigmen

Tiefenpsychologie

Zunächst als ein Synonym für Psychoanalyse gebraucht, wurde der Begriff ‚Tiefenpsychologie‘ später dafür verwendet, die aus der Psychoanalyse abgefallenen psychodynamisch orientierten Schulen unter ein gemeinsames Dach mit der Psychoanalyse stellen zu können. Grundlegend ist die Annahme eines Unbewußten, das zur Psychodynamik beiträgt. Gemeint ist zumeist das individuell Unbewußte, C. G. Jung hat aber auch das kollektiv Unbewußte thematisiert. Das tiefenpsychologische Paradigma nimmt von seiner historischen Bedeutung, von seinem inhaltlichen Stellenwert und von seiner Verbreitung her einen zentralen Platz in der Psychotherapie ein (siehe den Beitrag von Datler & Stephenson in diesem Band).

Suggestive Verfahren

Mittels Hypnose wurde und wird unter Umgehung rationaler Anteile ein direkter Zugang zum Unbewußten gesucht, wobei Übertragungsprozessen eine wichtige Funktion zukommt. Die ‚zudeckende‘ (weil nicht einsichtsorientierte) und manipulativ-autoritäre Ausrichtung war der Grund dafür, daß die Psychoanalyse von der Anwendung hypnotischer Techniken Abstand genommen hat. In Überwindung einer direktiv-suggestiven Hypnose in den dreißiger bis sechziger Jahren wurden vor allem von Milton Erickson zusätzlich ‚natürliche‘ Techniken zur Tranceinduktion und -utilisation entwickelt. Indirekte Suggestion führe viel eher zu einer Reorganisation, zur Förderung kreativer innerer (unbewußter) Prozesse unter Beachtung der Autonomie, als nur zur Symptombeflussung (vgl. die Darstellung über Hypnosetherapie am Ende dieses Beitrages).

36 Geschichte, Paradigmen und Methoden

Verhaltenstherapie

Dem naturwissenschaftlichen Paradigma bzw. einem empirisch-positivistischen Wissenschaftsverständnis verpflichtet, steht hier – mit großer Nähe zur akademischen Psychologie – das beobachtbare Verhalten (Behaviorismus) bzw. seine Veränderung unter kontrollierten Bedingungen im Zentrum. Zunächst als eine reine Reiz-Reaktions-(Lern-)Psychologie („jedes Verhalten ist gelernt und kann verlernt werden“; „geändertes Verhalten bewirkt veränderte Einstellungen“) konzipiert, wurden nach der kognitiven Wende der Verhaltenstherapie Kognitionen, Emotionen und Motive (intrapersonale Ebene) aufgewertet (siehe den Beitrag von Parfy in diesem Band).

Humanistische Psychotherapie

Das humanistische Paradigma zeichnet sich – so wie das existentielle – durch seinen expliziten philosophischen Anspruch (vor allem bezüglich des Menschenbildes) aus. In der therapeutischen Arbeit wird die Gegenwärtigkeit unseres Seins sowie emotionales Erleben im Hier-und-Jetzt einer realen, von Verständnis getragenen zwischenmenschlichen Beziehung zwischen Psychotherapeuten und Klienten als vorrangig erachtet (siehe den Beitrag von Schmid in diesem Band sowie Kollbrunner 1987; Quitmann 1991; Hutterer 1998).

Als eine Reaktion auf Psychoanalyse und Behaviorismus in den fünfziger und sechziger Jahren in den USA entstanden, betont diese auch als ‚dritte Kraft‘ (Bugental 1964) bezeichnete Richtung die Einzigartigkeit, Autonomie, Freiheit, Selbstverantwortung und Ganzheitlichkeit jedes Menschen als Schöpfer und Gestalter der Welt und seiner selbst. Im Gegensatz zur klassischen Psychoanalyse wird die Entwicklung gesunder und schöpferischer Anteile hervorgehoben, die aus einer Tendenz zur Selbstverwirklichung entspringt (einen eindrucksvollen Vergleich zwischen psychoanalytischer und existentiell-humanistischer Grundhaltung gibt anhand ihrer eigenen (lehr-)therapeutischen Erfahrungen Ruth Cohn 1994, S. 218-221). In ihrem Optimismus in bezug auf die positive menschliche Entwicklungsfähigkeit weist die humanistische Richtung eine Verwandtschaft zum Behaviorismus auf.

Existentielle Psychotherapie

Unter dieses Paradigma fallen all jene Verfahren, die sich in erster Linie existentiellen Fragen zuwenden und psychische Probleme unter diesem Gesichtspunkt beleuchten. Unter existentiellen Themen sind universelle Grundkonflikte und

allgemein menschliche Fragen zu verstehen. Im Zentrum steht der Begriff der „Existenz“, ein erfülltes, in Besitz genommenes und sinnvolles Dasein, das sich auch durch Bejahung menschlicher Bedingungen und Dilemmata (wie z. B. Tod, Vergänglichkeit, Entscheidungsmöglichkeit, aber auch nicht mehr rückgängig zu machende Entscheidungen, Freiheit, Verantwortung und Angst, Einsamkeit und Streben nach interpersonalem Kontakt sowie die Suche nach Sinn) und menschlichen Leidens sowie aus Grenzsituationen (z. B. Zusammenbruch eines sinngebenden Konzepts) erschließt (vgl. Yalom 1989).

Existenzielle Psychotherapie bedeutet vor allem eine philosophisch inspirierte Ausrichtung auf jene Probleme, die in der menschlichen Existenz wurzeln. Das spezifisch Existentielle an einer Psychotherapie ist nicht das ‚Neurotische‘, das individuell Psychopathologische, sondern das allgemein Menschliche, das, wenn es nicht anerkannt wird, pathologische Folgen nach sich ziehen kann. Diese Richtung befaßt sich also in erster Linie mit überindividuellen Existenzfragen, wobei biographisch oder im engeren Sinn traumatisch bedingte Konflikte aber mitzubehutsichtigen sind. Die primäre Zeitperspektive der Erforschung ist im existentiellen Ansatz ahistorisch und momentbezogen – die „Zukunft-die-zur-Ge-genwart-wird“ (Yalom 1989, S. 22).

Eine solche Ausrichtung ist mit fast allen anderen Paradigmen der Psychotherapie kompatibel, wenn auch die biographische Dimension als traumatisierender Faktor in den Hintergrund tritt und die therapeutische Haltung die Perspektive einer existentiellen Begegnung nahelegt und insofern dem Modell des abstinenten Therapeuten entgegengesetzt ist (vgl. die Darstellung über existenzielle Psychotherapieformen am Ende dieses Beitrages).

Transpersonale Psychologie

Als Bewegung Ende der sechziger Jahre entstanden, trägt diese nach Maslow auch als ‚vierte Kraft‘ bezeichnete Strömung in vielem deren Aufbruchsstimmung: Höchste (veränderte) Bewußtseinszustände (Gipfelerfahrungen) werden als leitende Erfahrungen für einen ‚spirituellen Pfad‘ angesehen, der über Geburt, Tod und die Begrenzungen der Körperlichkeit hinausweist.

In geringerem Ausmaß als bei den anderen Paradigmen ist in der transpersonalen Psychologie die Ausrichtung auf herkömmlich-wissenschaftlich begründbare Rationalität erkennbar, wenn sie auch versucht, die Wissenschaft mit den alten Weisheitslehren (philosophia perennis) zu versöhnen.

Therapieziele sind die Öffnung für spirituelle Erfahrungen und Werte, die Überwindung der Isolation und Begrenztheit menschlichen Seins, die „tägliche Erfahrung jenes Zustandes, der ... Befreiung, Erleuchtung, Individuation, Ge-

38 Geschichte, Paradigmen und Methoden

wißheit oder Gnosis genannt wird“ (Boorstein 1988, S. 9). Anstelle der Entwicklung eines starken auf Selbstbehauptung ausgerichteten Ego steht als Ziel die Ich-Transzendenz, die aber nicht Ich-Auflösung, Entindividualisierung durch Symbiose oder Uniformität bedeutet, sondern Bezugnahme auf einen gemeinsamen Urgrund (kosmisches Einssein mit dem Universum) unter Achtung der Individualität, und die das Loslassen und Hintersichlassen von Bindungen und überkommenen Vorstellungen einschließt. In der Praxis geschieht dies vor allem durch Meditation, Kontemplation, Hyperventilation, Musik, Tanz bzw. traditionelle schamanistische und mystische Ekstasetechniken. Der Therapeut ist dabei spiritueller Lehrer („Meister“), der dem „Schüler“ hilft, seine spirituelle Energie aufzufühlen, die zur „Tiefendimension des Bewußtseins“ führt.

Systemische Modelle

Das systemische Paradigma beinhaltet mehrere Formen und Ausprägungen von Psychotherapie, die zum großen Teil aus der Familientherapie hervorgegangen sind und in hohem Ausmaß von verschiedenen Spielarten konstruktivistischer Wissenschafts- und Erkenntnistheorie geprägt sind. Gemeinsam ist ihnen zum einen ein Vorbehalt gegenüber einer statischen Diagnostik, weil damit ein Problemstatus festgeschrieben wird, statt alternative Perspektiven zu eröffnen bzw. zu aktualisieren, und weil damit eine individualisierte und nicht kontextbezogene, nicht „ökologische“ Perspektive erzeugt wird. Systemische Ansätze gehen von einer Autonomie des zu „behandelnden“ Systems (d. h. der Klienten) aus, angesichts dessen Selbstorganisations- und -regulationskräfte und dessen Eigendynamik der Versuch einer Außensteuerung durch den Therapeuten wenig sinnvoll erscheint. Vielmehr geht es darum, durch kleine Anstöße und durch die Destabilisierung eingefahrener Muster („Verstörung“) Veränderungen zu ermöglichen („Prinzip der minimalen Intervention“; „kleine Veränderungen bewirken große“). Insofern systemische Modelle von einem wechselseitigen Bezug zwischen Problem und interpersoneller Kommunikation ausgehen, besteht das Ziel der Therapie nicht zuletzt darin, die Kommunikation(smuster) zu verändern. Die Bedeutung eines Problems wird im sozialen Kontext (z. B. welche Funktion hat der „Symptomträger“ bzw. „designierte Patient“ für das Familiensystem) nicht in einer unbewußten Dynamik gesehen; die tendenziell kürzeren Therapien sind demgemäß nicht einsichts-, sondern lösungs-, ressourcen- und zukunftsorientiert (vgl. den Beitrag des Wiener Instituts für Ehe- und Familientherapie in diesem Band).

3 Prinzipien, Ziele und Wirkfaktoren in der Psychotherapie

Die von mir soeben skizzierten Paradigmen möchte ich im folgenden im zusammenfassenden Vergleich auf die in ihnen vorherrschenden und sie leitenden Ziel- und Wirkvorstellungen hin untersuchen. (Auf andere und teilweise ähnliche Unterteilungen sei verwiesen, z. B. Kind 1982; Strotzka 1982; Revenstorf 1983, 1985, 1989, 1994; Kraiker & Peter 1991; Heigl-Evers, Heigl & Ott 1993; Ertler 1994; Jaeggi 1995; Kriz 1995; Reimer et al. 1996. Übergreifende Darstellungen spezifischer wie unspezifischer Wirkfaktoren finden sich auch bei Tschuschke & Czogalik 1990, Huf 1992 und Lang 1994.)

	Orientierungen/Ziele	Wirkweisen
Tiefenpsychologie	einsichtsorientiert konfliktorientiert deutend (Psychodynamik und Beziehungsdynamik) biographisch vergangenheitsorientiert intrapersonal (Selbstreflexion, Unbewußtes) interpersonal	aufdeckend wenig direktiv rekonstruktiv z.T. imaginativ
Humanistische Psychologie	erlebnisorientiert entwicklungsorientiert konfliktorientiert gegenwartsorientiert personal-interpersonal (Selbstverwirklichung, Ich-Du-Begegnung)	kathartisch selbstexplorierend aktivierend
Existenzielle Psychotherapie	sinn- und wertorientiert zukunftsorientiert personal-existentiell (Freiheit des Geistes angesichts existentieller Fragen)	rational-persuasiv- appellativ dialogisch
Transpersonale Psychologie	transpersonal (Bewußtheit der Einheit mit dem Universum) spirituell, kosmisch	meditativ Atemarbeit
Suggestive Psychotherapie	konfliktorientiert ziel-/lösungsorientiert Ich-stärkend ressourcenorientiert	aufdeckend-analytisch Trance, Regression zudeckend-stützend direktiv-suggestiv entspannend-übend- meditativ
Systemische Psychotherapie	lösungsorientiert ressourcenorientiert zukunftsorientiert	anregend-anstiftend „verstörend“
Verhaltenstherapie	ziel-/problemorientiert verhaltensorientiert technikorientiert	rational-kognitiv übend-lernend

Tabelle 1: Zusammenfassender Vergleich der wichtigsten Paradigmen in der Psychotherapie

40 Geschichte, Paradigmen und Methoden

3.1 Zielperspektiven in der Psychotherapie

Die in einer Psychotherapie intendierten Ziele sind zwar grundsätzlich immer auch Sache der Klienten, erhalten aber doch in den verschiedenen Therapieschulen aufgrund prinzipieller Annahmen und Überzeugungen eine je spezifische Prägung. Schon in der einleitenden Begriffsbestimmung von Psychotherapie (vgl. den Beitrag von Sluneco in diesem Band) ist deutlich geworden, daß diese sowohl als Heilverfahren zum Zwecke der Krankenbehandlung als auch als Mittel zur Persönlichkeitsentwicklung (Erweiterung persönlicher Möglichkeiten, Selbstverwirklichung) verstanden werden kann. Insbesondere die analytischen Ansätze betonen ausdrücklich über die therapeutische Zielsetzung hinausreichende Perspektiven, nämlich die Förderung von Erkenntnis, Gesundheit und Kreativität sowie die Entwicklung emanzipatorischer Potentiale, d. h. die Entwicklung von Autonomie und Reife.

Allgemein gesprochen, ist es wohl nicht unangemessen, die Erkundung der persönlichen Wahrheit als Therapieziel zu formulieren. Diese kann auch Zuspitzung und Verschärfung des Leidensdrucks bedeuten, so wie Krankheit auch als Antwort der Person und ihres Organismus auf äußere wie verinnerlichte Belastungen zu verstehen ist, die aber als für die Person spürbare oder spürbar werdende Bedeutung in weiterer Folge zur (Selbst-)Heilung führen kann („Krise als Chance“).

Auch im Falle einer Psychotherapie als Krankenbehandlung kann die Perspektive recht unterschiedlich gelagert sein. Ob Symptome als von der Person relativ unabhängige Phänomene erachtet werden, bestimmt, wie sehr scheinbar symptomunabhängige Faktoren in die Arbeit miteinbezogen werden. Daraus resultiert, ob entweder eher symptomorientiert oder eher persönlichkeitsbezogen vorgegangen wird. Auf einem Kontinuum von „Lösungsorientierung“ über „Symptomorientierung“ bis zur „Prozeßorientierung“ zeichnen sich eine Reihe von verschiedenen Einstellungen ab. Ob die Sichtweise eher zielorientiert auf Lösungen abstellt („lösungsorientiert“) oder die Bearbeitung der Probleme („problemorientiert“) mit nachfolgenden Lösungen oder eine offene Beschäftigung mit der Vielfältigkeit unseres Seins („prozeßorientiert“ oder auch „personorientiert“) im Vordergrund steht, all das sind schon sehr divergente Weichenstellungen.

Zu den Methoden, die sich auf die Auflösung von Problemen/Symptomen durch das Erarbeiten neuer Handlungs- und Erlebnisweisen konzentrieren, zählen der systemische Ansatz, die Verhaltenstherapie, z. T. das Autogene Training, Hypnotherapie und Neurolinguistisches Programmieren. Andere Verfahren arbeiten dagegen eher aufdeckend, tiefgreifend, ganzheitlich und analytisch. Alle tiefenpsychologischen Konzepte wie die Psychoanalyse, Individualpsychologie, Analytische Psychologie nach C. G. Jung, aber auch Katathym Imaginative Psy-

chotherapie, Oberstufe des Autogenen Trainings und analytisch orientierte Hypnose-therapie, Transaktionsanalytische Psychotherapie, Bioenergetische Analyse, Reichsche Charakteranalyse und Gestaltanalyse stellen diesen Gesichtspunkt in den Vordergrund. Tiefenpsychologische Methoden haben aber auch Konzepte für kurzfristige, eher stützende Therapien entwickelt (z. B. Fokalthherapie, Kurzpsychotherapie, analytisch orientierte Beratung), wie nicht-tiefenpsychologische Modelle auch längerfristige, eher aufdeckende Therapien durchführen.

Entsprechend den Grundannahmen der einzelnen Therapieschulen finden sich bei der Formulierung von Zielen der Psychotherapie so verschiedene Perspektiven wie das Erreichen von Arbeits-, Liebes- und Genußfähigkeit, die Integration von Unbewußtem („Wo Es war, soll Ich werden“) bzw. Neuem, Stärkung des Erwachsenen-Ich, genitale Reife, Erfüllung der Lebensaufgaben, Individuation (Selbstwerdung), der (Wieder-)Eintritt in den Fluß des Erlebens, Kongruenz, Kreativität und Spontaneität, Sinnfindung, Selbstkontrolle und Problemlösungskompetenz sowie Redefinition von „Wirklichkeiten“. Hinsichtlich der Erreichung der verschiedenen Ziele stoßen wir aber wieder auf einen gemeinsamen Gedanken fast aller psychotherapeutischen Methoden: Sie gehen davon aus, daß der Psychotherapeut ein Experte für den Prozeß, nicht aber für die Lösungen ist. Die inhaltlichen Ziele sollten letztlich vom Klienten bestimmt werden, wenn dies auch in einem wechselseitigen Prozeß mit dem von seiner Richtung beeinflussten Psychotherapeuten geschieht.

3. 2 Allgemeine und methodenspezifische Wirkprinzipien der Psychotherapie

Den psychotherapeutischen Ansätzen und dem daraus abgeleiteten Handeln liegen explizite oder implizite Annahmen zugrunde, was als hilfreich, wirksam und beabsichtigt angesehen wird. Dieses Verständnis ist zum Teil sehr unterschiedlich, zum Teil gerade bei erfahrenen Psychotherapeuten verschiedener Schulen recht ähnlich. Grundsätzlich scheint sich bei zunehmender Erfahrung eine Orientierung zu entwickeln, die man als Patientenzentrierung bezeichnen könnte (vgl. Toman & Egg 1988, S. 1-5). Abhängig von der spezifischen Störung bzw. Eigenheit des Klienten wird ausgehend von der Beziehung zwischen Klient und Psychotherapeut eine Änderung angestrebt. Meist erfolgt dies weniger über Techniken als über das ‚Instrument‘ Psychotherapeut, d. h. auch seine Beobachtungen, Wahrnehmungen, sein Erleben und die von ihm geleistete und beigesteuerte Einfühlung, seine Bilder und Deutungen. Auch Rogers (z. B. 1951, 1957) hat betont, daß nicht spezifische Techniken für den Erfolg von Therapie verantwortlich sind, sondern eine bestimmte Art von therapeutischer Haltung und Beziehung, in der Veränderung oder ‚Selbstaktualisierung‘ möglich wird (vgl. den Beitrag von Schmid in diesem Band).

42 Geschichte, Paradigmen und Methoden

Allgemein scheint die ‚gleichschwebende Aufmerksamkeit‘, die ungerichtete Bewußtheit (‚awareness‘) und das ‚wohlwollende Zuschauen‘ und ‚aktive Zuhören‘ des Psychotherapeuten förderlich für die Entwicklungen zu sein. Für viele Richtungen gilt auch, daß der Beziehungserfahrung und der Form des Ausdrucks (also dem ‚Wie‘) Vorrang vor dem inhaltlich Präsentieren (dem ‚Was‘) zugesprochen wird. Unmittelbares (Beziehungs-)Erleben und allfällige Widerstände sind oft vor dem vom Klienten als ‚Thema‘ angebotenen ‚Material‘ zu erörtern.

Solche wahrnehmbaren Gemeinsamkeiten entsprechen auch der grundlegenden These von Frank (1992, S. 16), daß „die Wirksamkeit von Psychotherapie größtenteils auf Eigenschaften beruht, die allen ihren Formen gemeinsam sind“. Frank stellt dabei vier allgemeine Elemente heraus: die (vertrauensvolle und von Einfühlung getragene) Beziehung zwischen Patienten und Helfer, die gesellschaftliche Anerkennung und der Rahmen, eine optimistische Sichtweise hinsichtlich der Natur des Menschen und eine Verfahrenstechnik, die darauf abzielt, daß der Patient einen aktiven Beitrag zu seiner Genesung leistet (Frank 1992, S. 444-451).

Franks These ist nicht neu; schon Rosenzweig (1936) hebt die Fähigkeit des Therapeuten hervor, Hoffnung zu vermitteln und den KlientInnen alternative bzw. plausiblere Welt- und Selbstsichten zur Verfügung zu stellen. Etwas später kürten Alexander & French die „korrektive emotionale Erfahrung“, d. h. die Klienten „unter günstigeren Umständen erneut emotionalen Erfahrungen aussetzen, die sie in der Vergangenheit nicht hatten bewältigen können“ (1946, S. 66), zu dem therapeutischen Basisfaktor – eine Ansicht, die seither (z. B. Brady et al. 1980; Arkowitz & Hannah 1989) immer wieder Anhänger findet. Strupp (1993, S. 2) nennt an allgemeinen Faktoren „Unterstützung, Bestätigung, Ratschläge, Aufmerksamkeit, Respekt, Empathie, Wärme, positive Beachtung des Patienten, Interesse und das Engagement des Therapeuten zur therapeutischen Arbeit“, auch dessen Kenntnis der eigenen Persönlichkeit ist wohl von unschätzbarem Wert. Umgekehrt sind globale Variablen wie „Nichtmögen, geringe Empathie, kein Respekt, und vielleicht vor allem subtile herabsetzende Mitteilungen“ (Strupp 1993, S. 2) für den Mangel an Verbesserungen oder sogar für Verschlimmerungen im Behandlungsprozeß verantwortlich zu machen.

Für den deutschen Sprachraum ist in diesem Zusammenhang Grawe (1994, 1995) zu nennen, der die Perspektiven der *Problembewältigung* (aktive Hilfe zur Bewältigung konkreter Probleme), der *Klärung* (Einsicht in die Natur des Problems, Analyse von Motiven und Handlungszielen), der *Ressourcenaktivierung* (d. h. an die positiven Möglichkeiten und Fähigkeiten des Klienten anzuknüpfen, bereits vorhandene Ressourcen auszubauen) und der *Problemaktualisierung* (d. h. das Problem in der Therapie real erfahrbar zu machen) als allgemeine therapeutische Wirkfak-

toren identifiziert. Klärung und Problembewältigung bzw. Ressourcenaktivierung und Problemaktualisierung sind dabei als jeweils komplementäre Perspektiven gedacht, die in der konkreten therapeutischen Situation gegenläufig oder sogar ausschließend sind. Einzelne therapeutische Ansätze verwirklichen die genannten Prinzipien auf unterschiedliche Weise und in durchaus unterschiedlichem Ausmaß: Beispielsweise legt die Psychoanalyse das Hauptaugenmerk eindeutig auf den Klärungsaspekt und aktualisiert das Problem in der therapeutischen Beziehung (Übertragung), hingegen dominiert in der klassischen Verhaltenstherapie der Aspekt der Problembewältigung, und die Probleme werden auf Verhaltensebene aktualisiert und therapeutisch bearbeitet; Personenzentrierte Psychotherapie betont hingegen stärker den Aspekt der Ressourcenaktivierung.

Es lassen sich aber auch andere Einteilungen für Therapiemethoden nach den in ihnen jeweils gesetzten Schwerpunkten finden. Swildens (1991) etwa differenziert psychotherapeutische Methoden bezüglich ihrer Präferenz für die kognitive, emotionale oder Verhaltensebene sowie bezüglich des vorherrschenden interaktionellen Moments (ein Aspekt, der auch bei Grawe 1995 anklingt) und gelangt zu folgendem Schema:

	kognitiver Schwerpunkt	Schwerpunkt auf Erleben	Schwerpunkt auf Verhalten
intrapsychischer Schwerpunkt	(klassische) Psychoanalyse	Katathym-Imaginative Psychotherapie Focusing	Verhaltenstherapie
interpersonaler Schwerpunkt	Existenzanalyse	Klientenzentrierte Psychotherapie Gestalttherapie Psychodrama	
systemischer Schwerpunkt		entwicklungsorientierte Familientherapie	lösungsorientiert konstruktivistisch-narrativer Ansatz

Tabelle 2: Schema psychotherapeutischer Ansatzpunkte (vereinfacht nach Swildens 1991, S. 104 f.)

All diese Einteilungen sind natürlich unscharf, da wohl jede Strömung Beziehungs- und Systemaspekte sowie intrapsychische Bedeutungs- und Erlebensmuster und die Dimensionen des Denkens, Fühlens und Verhaltens beachtet, diesbezügliche erstrebenswerte Veränderungen fördern möchte und sich die Schwerpunkte auch im Lauf ein- und derselben Therapie verändern können

44 Geschichte, Paradigmen und Methoden

(Prochaska, Rossi & Wilcox 1991). Trotz dieser Einschränkungen haben sie für eine einführende Orientierung einen gewissen didaktischen Wert, vor allem verweisen sie auf einen Umstand, dem in jüngster Zeit auch in der Psychotherapieforschung vermehrt Beachtung geschenkt wird: Der Passung der von den Klienten erwarteten und von den Therapeuten angebotenen Schwerpunkte dürfte eine wesentliche Rolle für das Zustandekommen und den Erfolg von Therapien zukommen.

Zweifellos ist die Wirkung von Psychotherapie auch in Abhängigkeit von Klientenvariablen zu sehen: So ist z. B. eine psychologische Denkweise („psychological mindedness“) der Klienten ein wesentliches Kriterium für viele Formen psychotherapeutischer Arbeit. Diese muß nicht von vornherein beim Klienten gegeben sein, sondern kann sich auch erst über eine grundsätzliche Ansprechbarkeit des Klienten entwickeln. Vor allem aber ist wahrscheinlich nicht für alle Störungen und Probleme die gleiche Methode und Vorgangsweise gleich gut anzuwenden. Hier auf das Moment der Störungsspezifität, die daraus resultierenden Modifikationen der Interventionslehren und die Frage nach der Möglichkeit von differentieller Indikation (d. h. der gezielten Zuordnung von Klienten mit definierten Problemlagen zu bestimmten Therapeuten oder bestimmten Therapierichtungen, um die Behandlung möglichst effektiv – und kostengünstig! – zu ermöglichen) einzugehen, würde aber den Rahmen einer einführenden Darstellung überschreiten. Einige prinzipielle Unterscheidungsmöglichkeiten für psychotherapeutische Interventionsformen sollen allerdings noch vorgestellt werden, bevor dann im folgenden Abschnitt und in den weiteren Kapiteln des Buches im Detail von methodenspezifischen Ansätzen die Rede sein wird:

Der Grad der Aktivität und Strukturierung

Jeder Psychotherapeut, gleich welcher Richtung, gibt Strukturen vor und setzt Aktivitäten. Doch bestehen in den verschiedenen Methoden Unterschiede im Ausmaß der Strukturierung und des aktiven Handelns. So wird ein analytisch orientierter Psychotherapeut, aber auch der klientenzentrierte Psychotherapeut nur wenig vorgeben und kaum Anforderungen oder gar Anweisungen treffen. Hingegen ist es in übenden, suggestiven und aktivierenden Methoden, wie in der systemischen Richtung, im Autogenen Training, in der Verhaltenstherapie und auch in der Gestalttherapie und teilweise im Katathymen Bilderleben üblich, daß der Therapeut aktiv eingreift, Vorschläge macht, Interventionen setzt oder Hausaufgaben gibt. Auch in der Körpertherapie sind übende und entspannende Elemente sowie weiters das Berühren des Klienten durch den Psychotherapeuten gebräuchlich. Wie aktiv und herausfordernd oder auch zurückhaltend-passiv der

Psychotherapeut sich verhält, hängt einerseits natürlich vom psychotherapeutischen Verfahren ab, in dem er ausgebildet ist, andererseits auch von seiner Persönlichkeit. Ein Zusammenhang zwischen der vom Psychotherapeuten gewählten Methode und seinen persönlichen Präferenzen erscheint gesichert.

Die Bedeutung des Verbalen

Zwar wird in allen Richtungen die Sprache und in fast allen Schulen die Körpersprache einbezogen; doch gibt es psychotherapeutische Methoden, in denen vor allem gesprochen wird (wie in der Psychoanalyse, Individualpsychologie, Logotherapie, Transaktionsanalyse und im klientenzentrierten Ansatz), und andere, in denen Klienten etwa angeregt werden, auf einen Polster zu schlagen (wie z. B. in der Gestalttherapie, in der Bioenergetik), den eigenen Vater nachzuahmen und zu spielen (wie in der Gestalttherapie und im Psychodrama), Familienskulpturen zu stellen (wie in der systemischen Familientherapie), Träume oder Phantasiebilder zu malen (wie in der Jungschen Analyse), sich auf Vorstellungsbilder einzustimmen (wie in der Katathym Imaginativen Psychotherapie), bestimmte Körperempfindungen anzustreben (wie im Autogenen Training oder auch in anderen Entspannungsmethoden), sich körperlich berühren zu lassen (wie z. B. in der Biodynamischen Körpertherapie), sich im Raum zu bewegen (wie in der Konzentrativen Bewegungstherapie), zu tanzen (wie in der Tanztherapie) oder ein Musikinstrument zu betätigen (wie in der Musiktherapie).

Die Verwendung von Deutungen, rationalen Appellen, Verschreibungen und Suggestionen

Während Deutungen in der analytischen Arbeit das zentrale Medium der Vermittlung von Einsichten darstellen (und beispielsweise auch Träume gedeutet werden), lehnt etwa der klientenzentrierte Ansatz, aber auch die Gestalttherapie, die Verhaltenstherapie, der systemische Ansatz oder auch die Katathym Imaginative Psychotherapie Deutungen weitgehend mit der Begründung ab, daß sich die Evidenz von relevanten Zusammenhängen aus der Erfahrung des Klienten ergibt und keiner externen Zuschreibung bedürfe. Dagegen sind direkte Appelle an die Selbstverantwortung des Klienten in der Existenzanalyse oder an die Vernunft in der Verhaltenstherapie durchaus gebräuchlich – therapeutische Interventionen, die ein Analytiker ebenso zurückweisen würde wie das suggerierende Erzählen von Geschichten eines Hypnotherapeuten. Hingegen könnte ein Individualpsychologe ebenso wie ein Verhaltenstherapeut den ermutigenden Interventionen

46 Geschichte, Paradigmen und Methoden

eines Hypnotherapeuten einiges abgewinnen. Symptome zu verschreiben, wie es im Sinne der paradoxen Intervention in bestimmten systemischen Ansätzen durchaus zum Standardrepertoire gehört, ist z. B. einem an den Ressourcen und dem Erleben des Klienten orientierten personenzentrierten Psychotherapeuten wenig naheliegend. Viele weitere Antagonismen ließen sich noch auflisten.

Die therapeutische Beziehung

Hinsichtlich der Selbsteinbringung des Psychotherapeuten läßt sich ein Kontinuum zeichnen, das von neutraler Abstinenz (d. h. der völligen Zurückhaltung des Psychotherapeuten bezüglich persönlicher Äußerungen) über partizipierende Beobachtung zu echter Teilnahme im Sinne einer existentiellen Beziehung reicht. Eines der wesentlichsten Merkmale der therapeutischen Beziehung ist darin zu sehen, ob die Übertragung im Vordergrund der Psychotherapie steht. Unter Übertragung versteht man Gefühle, Einstellungen und Verhaltensweisen dem Psychotherapeuten (oder anderen Personen) gegenüber, die unbewußt ursprünglich früheren Bezugspersonen gelten und in der therapeutischen Beziehung im Sinne einer Verschiebung wieder auftreten. Vor allem in der Psychoanalyse wird der Übertragung großes Gewicht beigemessen, wobei Qualität und Ursprung dieser Gefühle, Einstellungen und Verhaltensweisen über die Beziehung zum Therapeuten bewußtgemacht werden sollen. Da die Übertragung und die Übertragungsbeziehung durch die Abstinenz des Psychotherapeuten sehr gefördert wird, ist bei einer analytisch orientierten Psychotherapie damit zu rechnen, daß der Psychotherapeut seine eigenen Gefühle nicht äußern wird bzw. über seine Lebensweise keine Auskünfte geben wird. In humanistischen, verhaltenstherapeutischen oder systemischen Ansätzen wird dagegen die therapeutische Beziehung als ‚reale‘ (und nicht ‚übertragene‘) Beziehung gesehen und dementsprechend offener und transparent gestaltet, wobei in humanistischen Ansätzen das partnerschaftliche Moment, in systemischen Ansätzen eher die Expertenrolle des Therapeuten und in der Verhaltenstherapie der Charakter einer funktionalen Arbeitsbeziehung im Vordergrund steht. (Schulvergleichende Darstellungen der therapeutischen Beziehung geben Petzold 1980, Zimmer 1983, Datler & Reinelt 1988 sowie ein von Frischenschlager 1995 herausgegebenes Themenheft der Zeitschrift Psychotherapie Forum.)

Rahmenmerkmale

Neben inhaltlich-methodischen Schwerpunktsetzungen beeinflußt natürlich auch der äußere Rahmen den therapeutischen Prozeß entscheidend. Sowohl in bezug

auf das therapeutische Setting als auch die Häufigkeit (Frequenz) der Sitzungen und Dauer der Psychotherapie sind hier extreme Unterschiede zu beobachten. Die entspannende und regressionsfördernde Wirkung des Liegens auf der Couch bzw. auf der Matte mag als ein Beispiel veranschaulichen, in welchem unterschiedlichem Setting hier im Vergleich etwa zur ‚erwachsenen‘ Sitzposition dem Psychotherapeuten gegenüber gearbeitet wird.

Die Frequenz und Gesamtzahl therapeutischer Sitzungen reicht von mehrwöchigen Abständen zwischen den einzelnen Stunden bis hin zur hochfrequenten Psychoanalyse mit vier Wochenstunden, von der dezidiert auf einige wenige Sitzungen festgelegten systemischen Kurzzeittherapie bis hin zu einer nach oben hin offenen klassischen Psychoanalyse mit bis zu tausend Stunden.

4 Methodenspezifische Ansätze im Überblick *

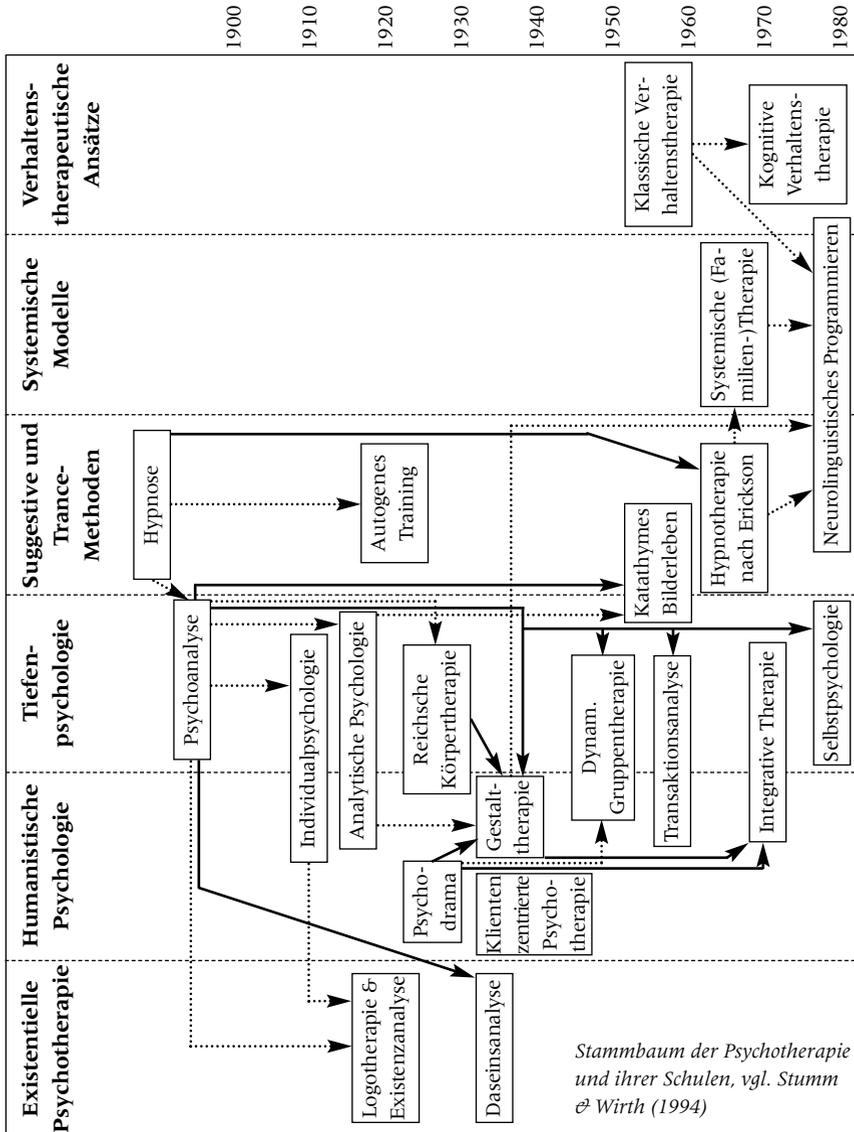
Die bisherigen Ausführungen zeigten, daß die Psychotherapie nicht auf einheitlichen theoretischen und methodischen Grundsätzen fußt. Selbst innerhalb einzelner Schulen gibt es zumeist verschiedene Strömungen, die erheblich voneinander abweichen. Neben dieser Tendenz zur Divergenz sind auch Trends zur Konvergenz zu verzeichnen. Einerseits haben fast alle Ansätze Konzepte aus Vorläufern aufgegriffen, andererseits wurden Versuche unternommen, bereits bestehende Konzepte innerhalb eines umspannenden Neugebildes zu integrieren.

Die folgende Aufstellung versucht die wichtigsten Einflüsse und historischen Bezüge psychotherapeutischer Strömungen sichtbar zu machen. Sie folgt dabei im wesentlichen jener Paradigmeneinteilung, die auch den vorigen Abschnitt strukturiert hat. Wie jede Einteilung muß sie vereinfachen und kann der Lebendigkeit des Gegenstandes nur beschränkt gerecht werden. Die daran anschließende Darstellung einzelner Psychotherapiemethoden weist ein starkes Ungleichgewicht bezüglich des ihnen eingeräumten Platzes auf. Dies resultiert einerseits aus dem Aufbau des Buches, in dem die am meisten verbreiteten Psychotherapiemethoden in sehr ausführlichen eigenen Beiträgen behandelt und daher an dieser Stelle nicht noch einmal im Detail angeführt werden sollen, andererseits aus der unterschiedlichen Verbreitung und Bedeutung der behandelten psychotherapeutischen Ansätze.

* Anmerkung: Ich danke Helga Krückl (Transaktionsanalyse), Heinrich Wallnöfer (Autogenes Training), Monika Gumhalter-Scherf, Paul Gumhalter und Hans Kanitschar (Hypnosetherapie), Anneliese Schigutt (Psychodrama), Alfried Längle (Existenzanalyse) sowie Helmut Jelem (NLP) für ihre Anregungen.

48 Geschichte, Paradigmen und Methoden

Stammbaum der Psychotherapie und ihrer Schulen



4.1 Tiefenpsychologische Methoden

Die *klassische Psychoanalyse* hat viele Elemente einer triebtheoretisch fundierten „Einpersonenpsychologie“ (freie Assoziation, Abstinenz) an sich. Spätere Entwicklungen innerhalb der Psychoanalyse (z. B. Ferenczi, Balint, Winnicott) sehen den mutuellen Charakter auch einer analytischen Beziehung und machen sich diese Perspektive in Form einer „Zweipersonenpsychologie“ (Balint) in der praktischen Arbeit zunutze (vgl. Cremerius 1984). Das Hauptaugenmerk liegt jeweils auf Übertragungs-Gegenübertragungs-Prozessen, Widerstandsanalyse sowie der Deutungskunst des Analytikers (Mertens 1992/1993; Thomä & Kächele 1986/1992). Gerade auch die Psychoanalyse ist kein monolithisches Konstrukt, sondern in ihren theoretischen Grundlagen höchst differenziert und auch in ihrer praktischen Ausformung vielgesichtig. So spricht beispielsweise Klußmann (1993) von „drei Psychologien der Psychoanalyse“, wenn er Triebmodell, Ich-Psychologie sowie Selbst- und Objektbeziehungstheorien (z. B. Mahler, Kernberg) als zum Teil beträchtlich divergierende Auffassungen nebeneinanderstellt. Cremerius (1984, S. 187-209) wiederum unterscheidet zwei psychoanalytische Techniken, die er mit „Einsichtstherapie“ und „Therapie der emotionalen Erfahrung“ umschreibt. Vielfach dem Hauptstrom der Psychoanalyse zugeordnet, sehen sich Vertreter der Selbstpsychologie nach Heinz Kohut selbst bereits mehr als eigenständige Richtung in der Psychotherapie, die mit vielen Grundsätzen der Psychoanalyse wie z. B. Triebtheorie und Deutungsarbeit gebrochen hat (Kohut 1979; Wolf 1996) und an einer Theorie der Intersubjektivität ausgerichtet ist (Stolorow, Brandchaft & Atwood 1996). (Vgl. den Beitrag von Datler & Stephenson in diesem Band.)

Alfred Adler (1870-1937), einer der ersten Anhänger Freuds, begründete 1911 die Schule der *Individualpsychologie*. Er widersprach der zum Teil mechanistischen Tendenz in Freuds Konzepten und lehnte dessen Libidotheorie sowie pansexualistische Auffassung ab. In Adlers optimistischerem Menschenbild gilt die Person als unteilbares Ganzes, was seiner Bewegung auch den Namen gab (Individuum = das Unteilbare). An die Stelle der Es-Psychologie tritt eine Ich-Psychologie mit sozialpsychologischem Anspruch und pädagogischem Auftrag, was sich in der therapeutischen Praxis in Form eines weniger strikten Settings manifestiert (vgl. den Beitrag von Datler & Stephenson in diesem Band).

Carl Gustav Jung (1875-1961), zunächst ebenfalls dem Kreis der Psychoanalyse zugehörig, brachte mit der von ihm konzipierten *Analytischen Psychologie* einen um das kollektive Unbewußte erweiterten Begriff von Tiefenpsychologie in die Psychotherapie ein. Über das individuell Biographische hinaus rückte er auch überpersönliche Bezüge (Archetypen) in den Blickpunkt und kann damit als Pro-

50 Geschichte, Paradigmen und Methoden

tagonist einer transpersonalen Psychologie und Psychotherapie angesehen werden (vgl. Datler & Stephenson in diesem Band).

Transaktionsanalyse

Beeinflusst von psychoanalytischen Konzepten (Federns wechselnde „Ich-Zustände“ und Eriksons „Urvertrauen“), aber auch von Positionen der Lerntheorie („frühe Konditionierungen“ und „Einschärfungen“) sowie der humanistischen Psychologie, entwickelte der amerikanische Psychiater Eric Berne (1910-1970) in den fünfziger Jahren einen pragmatischen, sozialpsychiatrisch orientierten Ansatz mit Nähe zur Ich-Psychologie. Kennzeichen der Transaktionsanalyse sind die einfache, bisweilen an Alltagsbegriffe angelehnte Sprache (z. B. „Spiele“, „Gewinner“, „Skript“, „kleiner Faschist in uns“; vgl. Schlegel 1993) und – in behavioristischer Tradition – ein therapeutischer Optimismus auch für schwere psychische Störungen. Es lassen sich vier Hauptkonzepte beschreiben, wobei diese in der tiefenpsychologisch orientierten Transaktionsanalyse und der verhaltensorientierten Transaktionsanalyse zum Teil anders aufgefaßt werden:

1. Ausgangspunkt der Strukturanalyse ist ein Persönlichkeitsmodell, in dem drei verschiedene Ich-Zustände (Kind-Ich, Eltern-Ich, Erwachsenen-Ich) als je zusammenhängende und durchgehende Erlebens- und Verhaltensmuster begriffen werden. In der klassischen Transaktionsanalyse repräsentiert das Kind(heits)-Ich das spontane, unkontrollierte, kreative, freie Kind bzw. das rebellisch-abhängige und angepaßt-abhängige Kind. Das Eltern-Ich stellt die verinnerlichteten Normen und Werte dar, wobei zwischen einem fürsorglich/nährenden und einem kritischen Eltern-Ich differenziert wird. Das Erwachsenen-Ich steht für die kognitive, vernünftige, abstimmende Realitätsprüfung und Problemlösungsperspektive.

Die ‚gesunde‘ Persönlichkeit zeigt nach Auffassung der klassischen Transaktionsanalyse eine gute, jedoch keine starre Abgrenzung der drei Ich-Zustände. Die gestörte Persönlichkeit ist dadurch gekennzeichnet, daß sie getrübte, vermischte Ich-Zustände (bei Neurosen) oder starre, abgespaltene Ich-Zustände (bei Psychosen) hat. Die tiefenpsychologisch orientierte Transaktionsanalyse vertritt dagegen unter Bezugnahme auf das ursprüngliche Ich-Zustandsmodell des frühen Berne den Standpunkt, daß angemessen umgesetzte Erfahrungen dem Erwachsenen-Ich-Zustand entsprechen, hingegen Kind-Ich-Zustände (Fixierungen) und Eltern-Ich-Zustände (Introjektionen) unangemessene Zustände bedeuten. Die Gefährdung („Trübung“) des aktuellen Erwachsenen-Ich-Zustandes durch Eltern- bzw. Kind-Ich wird als Pathologie und Desintegration verstanden.

2. Transaktionsanalyse (im engeren Sinn): Diese beschreibt in Form eines Kommunikations- und Austauschmodells Transaktionen zwischen Personen bzw. Ich-Zuständen, in denen sich diese Personen befinden:

→ parallele oder komplementäre Transaktion (reziproke Kommunikation, d. h. ich antworte mit dem Ich-Zustand, in dem ich angesprochen werde)

→ überkreuzte (gekreuzte) Transaktion: Es wird asymmetrisch mit einem anderen Ich-Zustand geantwortet, als mit dem, mit dem man angesprochen wurde, bzw. es wird die andere Person in einem anderen Ich-Zustand angesprochen als jenem, aus dem sie kommuniziert hat.

Neben den manifesten Transaktionen mit ihrem vordergründigen Anteil wird von verdeckten (unbewußten, latenten) Beziehungsbotschaften ausgegangen, die den Übertragungs- und Gegenübertragungsanteil bilden. Wesentlich sind die Transaktionsmuster als Ausdruck von „Spielen“ und diese wiederum als Ausdruck des Skripts.

3. Spiel- und Racketanalyse: Spiel ist in der Transaktionsanalyse definiert als fortlaufende Folge verdeckter (nicht-bewußter) komplementärer Transaktionen („manipulativer Operationen“), mit dem Ziel emotionalen Gewinns und verbunden mit Ersatzgefühlen („Racket-Gefühlen“), mit deutlicher Nähe zum Wiederholungszwang. Die manipulativen Operationen (z. B. Ausbeutungstransaktionen in Form von „Erpressungsmanövern“) und Ersatzgefühle sind Notlösungen und dienen als Mittel dazu, Zuwendung zu erlangen bzw. schmerzliche Erfahrungen zu vermeiden.

4. Skriptanalyse: Skript ist ein unbewußter bzw. vorbewußter Lebensplan. Die Person kreiert wie in einem Drehbuch auf der Grundlage von Entscheidungen in der Kindheit – durchaus auch mit Abwehrcharakter – ein relativ konstantes Gefüge von Überzeugungen und Glaubenssätzen über sich selbst, andere und die Welt. Diese Überzeugungen werden als kreative Leistung und Schlußfolgerungen aufgefaßt, zum Zwecke des „Überlebens“. Daher geht es auch nicht um Auflösung des Skripts sondern um Stärkung positiver Seiten. Als geschlossenes und sich selbst verstärkendes System weist das Skript auch eine Nähe zum Konzept des „Wiederholungszwanges“ auf. Die Entwürfe folgen den vier von Berne benannten Grundeinstellungen (siehe unten), weiters den Indoktrinationen (impliziten Botschaften), Handlungsanweisungen/Rezepten (modellhaftes Vormachen, direkte Anleitungen, kognitiv-verbale Lebensregeln) und dem Modellverhalten der Bezugspersonen. Im Vergleich zu Adlers Begriff des „Lebensplans“ ist Bernes „Skript“ bewußtseinsnäher und auch in seiner Zielgerichtetheit vorhersagbarer.

Der jeweilige Grundeinstellungstypus entwickelt sich in der Kindheit, ausgehend vom „Hunger nach Zuwendung“ und den Reaktionen bzw. der „familien-

52 Geschichte, Paradigmen und Methoden

typischen“ Befriedigung des Bedürfnisses nach „Streicheleinheiten“; Berne unterscheidet vier Typen:

1. „Ich bin ok, du bist ok“: einerseits primär als Urvertrauen, andererseits bewußte, realistische Einstellung des Erwachsenen-Ich
2. „Ich bin nicht ok, du bist ok“: Position der Unterlegenheit, „depressive“ Position
3. „Ich bin nicht ok, du bist nicht ok“: Resignation, Verzweiflung
4. „Ich bin ok, du bist nicht ok“: Überlegenheit, Egoismus, Verachtung, psychopathische Struktur

Die *Praxis* der Transaktionsanalyse erfolgt in erster Linie im Sitzen und reicht von eher fokalthérapeutischen Interventionen bis zu hochfrequenten und längerfristigen Angeboten (im Liegen) der tiefenpsychologisch orientierten Schule. Neben der analytischen Tiefenarbeit (Exploration des inneren Kindes, Aufdecken z. B. von „Spielen“, Entrübung von verschiedenen Ich-Zuständen bzw. von angemessenen und unangemessenen Ich-Zuständen, Skriptarbeit) ist die Verantwortung für Neuentscheidung, alternatives Erleben und Handeln stark gewichtet, insbesondere als Umlernen und konkrete Verhaltensänderungen in der verhaltensorientierten Richtung. Folgende Richtungen der Transaktionsanalyse lassen sich voneinander abheben:

a) *Klassisch-verhaltensorientierte Schule*: Im Mittelpunkt steht die Stärkung des Erwachsenen-Ich mit Hilfe der sogenannten Basistechniken, z. B. Befragung, Klarstellungen von Klientenaussagen, Konfrontationen, Interpretationen, Erklärungen, Illustrationen, Überzeugen, „therapeutischer Imperativ“ an das Erwachsenen-Ich des Klienten. Das Vorgehen basiert auf den Prinzipien der Protektion (Schutz des Klienten), Potenz (Stärke des Psychotherapeuten und Glaube des Klienten an den Psychotherapeuten) und Permission (z. B. Erlaubnis zur Auflehnung).

b) *Cathexis-Schule*: Kognitiv-behavioristische Abwandlung der klassischen Schule, die bei der Arbeit mit psychotisch kranken Personen die Neu-Beelerterung und somit die spezielle Überarbeitung und das allmähliche Ersetzen des destruktiven Eltern-Ich akzentuiert.

c) *Neuentscheidungsschule* (nach M. & R. Goulding): Hier werden – ebenfalls mit einer verhaltensorientierten Linie – unter Fokussierung auf den Kind-Ich-Zustand die als Kind getroffenen Entscheidungen dahingehend bearbeitet, daß der Mensch sich neu entscheiden kann, wobei weniger die Skriptanalyse, sondern die gezielte Neustrukturierung und Korrekturen des Skripts im Vordergrund stehen.

d.) *Tiefenpsychologische Transaktionsanalyse*: Neben den erwähnten Basistechniken liegt hier der Schwerpunkt – unter Bezugnahme auf die frühen Publikationen Bernes sowie auf Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse – in der Be-

ziehungsgestaltung und der Skriptanalyse, somit auf einer aufdeckend-einsichtsorientierten, strukturverändernden Arbeitsweise. Vertrag und Setting sind der psychoanalytischen Arbeitsweise entsprechend (zur Transaktionsanalyse aus tiefenpsychologischer Sicht vgl. auch Datler & Stephenson in diesem Band).

Katathym Imaginative Psychotherapie

Ende der fünfziger Jahre hat der deutsche Psychiater Hans Carl Leuner (1919-1996) aus seiner psychoanalytischen Erfahrung das Katathyme Bilderleben (Symboldrama) abgeleitet, das seit relativ kurzem als Katathym Imaginative Psychotherapie bezeichnet wird. Als verwandte Vorläufer sind „die inneren Bilder“ bei Breuer und Freud, die Imaginationen beim Einschlafen bei Silberer, die aktive Imagination bei Jung, das Bildstreifendenken bei Kretschmer, Farben und Bilder in der Oberstufe des Autogenen Trainings bei Schultz und der Einsatz von Imaginationen (Tagträumen) zu therapeutischen Zwecken bei Happich zu sehen. Schwerpunkt ist die Arbeit mit bildhaftem affektgeladenem Material als primärprozeßgeleitetes Erleben (Regression im Dienste des Ich) mit nachfolgender bzw. impliziter Reflexion und Bearbeitung (kata = gemäß, thymos = Seele, Gefühle). Genützt wird die Fähigkeit zu Imaginationen im Zwischenbereich von bewußten Reflexionen im Wachzustand und aufsteigenden unbewußten Regungen und Phantasien (vgl. den Beitrag von Datler & Stephenson in diesem Band). Die bildhaften Symbole werden als Widerspiegelung der psychischen Dynamik bzw. vor- und unbewußter Konstellationen und Konflikte verstanden. Darin kommt auch ein Kompromiß zwischen Impulsen, Abwehr und Regression zum Ausdruck. Als Wirkweisen und Ziele des Verfahrens führt Leuner (1994) die Bearbeitung und Auflösung der unbewußten pathogenen Psychodynamik, das Auffüllen früherer Defizite (Bedürfnisbefriedigung) bzw. die korrigierende emotionale Erfahrung, kathartische Effekte, eine (strukturelle Nach-)Reifung der Persönlichkeit sowie die Förderung der imaginativen Kreativität (Erweiterung der Ich-Grenzen) an.

In einer Katathym Imaginativen Psychotherapiesitzung wird meist nach einem kurzen Vorgespräch, das an die letzte Stunde oder an Hausübungen, an Ereignisse in der Zwischenzeit oder an Nachträume anknüpft, mit Imaginationen gearbeitet (ca. 20 bis 30 Minuten). Dem Klienten werden in der Regel in einer entspannten Körperhaltung (im Sitzen oder im Liegen, eventuell mit geschlossenen Augen) angeregte Imaginationen (Motive) vorgegeben, wobei Entspannungstiefe, Konfliktthema bzw. Ausgestaltung – ohne Leistungsanspruch – und Auslegung der Bilder in der Freiheit des Klienten liegen. Der Therapeut hat dabei eine dialogische Funktion: Verstehen, Führen, Nachempfinden; Konfrontation mit Symbolen und begleitendes Nachfragen („Wie sieht das Bild aus? Wie greifen sich die Objekte in

54 Geschichte, Paradigmen und Methoden

diesem Bild an?"; „Was ist intakt?“), dabei unter Einbeziehung aller Sinnesmodalitäten und -qualitäten (optisch, akustisch, Geruch, Geschmack, taktil). Dem sogenannten „Bildern“ folgt – in der zweiten Hälfte der Sitzung – eine (sekundärprozessorientierte) Nachbesprechung, ein Gespräch über das emotionale Erleben und damit verbundene Assoziationen. Gegebenenfalls werden Motive durch ein Nacharbeiten außerhalb der Stunden („Hausarbeiten“), z. B. in Form von konkretem Zeichnen oder Gestalten der Bilder, weiter verfolgt.

Grundsätzlich läßt sich die Grundstufe von der Mittel- und Oberstufe unterscheiden: Die Standardmotive der Grundstufe, die in der Regel schrittweise induziert werden und jeweils andere Themen und Dynamiken ansprechen, sind: Blume, Wiese, Bach (vor allem Entwicklungsmotiv), Berg (u. a. Leistungsmotiv), Haus (als Identitätsmotiv), Waldrand (Bezug zur Bewußtseinschwelle). Dabei liegt die Beachtung immer auf der emotionalen Tönung der Bilder bzw. auf den begleitenden Empfindungen sowie dem Ausdruck des Klienten bei der Beschreibung. Während die Grundstufe kreatives Vorgehen, Entfaltung und Differenzierung einerseits und Begleitung, Stützung und Förderung andererseits beinhaltet, wird in der Mittel- und Oberstufe die verbale Assoziation, Konfliktbearbeitung, Erkenntnis und Integration angestrebt.

4.2 Trance und Suggestion

Autogenes Training

Dabei handelt es sich um ein autosuggestives Verfahren („Selbsthypnose“; autogen meint „aus sich selbst heraus entstehend“), das von Johannes Heinrich Schultz (1884-1970), einem Berliner Nervenarzt, zunächst als „autogene Organübungen“ vorgestellt, in den zwanziger Jahren (nach langer Erfahrung mit Hypnose) mit dem Untertitel „Konzentrierte Selbstentspannung“ entwickelt wurde (Schultz 1970). Auf einem tiefenpsychologischen Fundament beruhend, ist das Autogene Training vor allem in seiner Unter- und Mittelstufe eine aktive autosuggestive Entspannungsmethode mit übenden Elementen auf physiologischer und Verhaltensebene. Gefördert wird über die hypnoide, bewußtseinsverändernde Wirkung der einzelnen Übungen ein Entspannungszustand, ein allgemeiner, organismischer (reflektorischer, automatisierter) Umschaltprozeß von sympathikotoner (ergotrop) auf parasympathikotone (trophotrop) Aktivierungslage, d. h. von Leistungssteigerung und Bereitstellung auf Erholung und Schonung des Organismus. Leitvorstellung ist die „Ent-Ichung“, die Distanz zum – bewußt kontrollierenden – Ich. Die Übungen des Autogenen Trainings bewirken eine systematische Einflußnahme auf unwillkürliche, autonome, vegetative

Funktionen, einerseits begünstigt durch das Vertrauen in diese Regulation, andererseits als Lernprozeß im Sinne einer Entfaltung dieses Vertrauens. Deutlich wird das Korrelat von vegetativen und psychischen Phänomenen: Muskel- und Gefäßentspannung, Abnahme von Ängstlichkeit, Depressivität, Müdigkeit und Erregtheit, Zunahme von Aktivität und neuen, adäquaten Verhaltensweisen (Eigenkompetenz), Selbstsicherheit und Extrovertiertheit (Ich-Stärkung), schließlich in der Oberstufe im Sinne einer rekonstruktiven und strukturverändernden Autogenen Psychotherapie die analytische Einsicht und Selbstverwirklichung.

In der *Unterstufe* wird durch eine entspannte Körperhaltung (im Liegen, Droschkenkutscher-Haltung, Sitzhaltung oder Flegelhaltung, die Augen am besten geschlossen) eine Drosselung von Reizaufnahme und die organismische Gesamtumschaltung erleichtert. Der Reihe nach sind folgende Übungen mit den entsprechenden Formeln Mittel zum Erreichen des förderlichen Versenkungszustandes bzw. der Generalisierung der suggerierten Empfindungen:

- Schwere-Übung („der rechte [oder linke] Arm ist [ganz] schwer“)
- ggf. ergänzend Ruheformel („ich bin ganz ruhig“) als Zielformel
- Wärme-Übung („der rechte Arm [oder linker Arm] ist warm“)
- Atem-Übung („die Atmung ist ruhig und gleichmäßig“ bzw. in weiterer Folge, sofern so erlebt, „es atmet mich“)
- Organ-Übungen (Herz: „das Herz schlägt ruhig und kräftig“; Bauch: „Sonnengeflecht, Leib oder Bauch ist strömend warm“)

Sehr wichtig ist – außer vor dem Einschlafen – die sogenannte „Rücknahme“ des hypnoiden Zustandes („Arme fest anziehen!“, „Tief ein- und ausatmen!“, „Augen auf!“), um Müdigkeit und Benommenheit abzulegen. In der Unterstufe kann die Anleitung durch einen erfahrenen Kenner des Autogenen Trainings zunehmend durch Selbstinstruktion ersetzt werden. Ein Tonband führt allerdings zu unerwünschter Abhängigkeit, es bedeutet Heterosuggestion statt Autosuggestion. Auch Heterosuggestion von seiten des Leiters ist während des Trainings selbst unbedingt zu vermeiden.

Die *Mittelstufe* besteht aus der Bildung und Anwendung individueller Formeln je nach Problem („formelhafte Vorsatzbildung“), organspezifisch oder intentional im Sinne von Verhaltensänderungen, jedoch nicht befehlend oder bemühend, und auch nicht in bezug auf Gefühle (z. B. „Alkohol gleichgültig“; „ich bin ganz ruhig, freundlich und gelassen“). Dabei sollen aufsteigende Probleme und Zustände mit Gelassenheit beobachtet werden („Problemdistanzierung“). Zentral sind Angst- und Spannungsreduzierung sowie eine unterstützende und zukunftsgerichtete Orientierung, allerdings (noch) ohne Ursachenbearbeitung.

Die *Oberstufe* ist charakterisiert durch eine meditative Imagination (Versenkungs- und Vorstellungstechniken) mit dem Ziel der Persönlichkeitsentfaltung. Im Vordergrund steht das Sammeln und Bearbeiten von Bildern, Gefühlen und

56 Geschichte, Paradigmen und Methoden

Gedanken in ihrem (traumähnlichen) Symbolgehalt. Hier kommt eine biographische und konfliktaufdeckende Orientierung zum Tragen. Suggestive Elemente sind in dieser Phase minimal.

Kennzeichen der Methode ist eine gestufte Heranführung an die Bearbeitung psychischer Probleme (vgl. Kraft, 1996). Erstes Ziel ist die organismische Gesamtumschaltung als Ausgangsbasis für Entspannung, Lockerung, Angstreduzierung und Problemdistanzierung. Die formelhafte Vorsatzbildung soll dazu dienen, intendierte Änderungen gleichsam vegetativ zu verfestigen. Die analytische Oberstufe arbeitet mit meditativer, bildhafter Versenkung, mit dem Ziel, konflikthafte Material zu bearbeiten.

Hypnosetherapie

Hypnose bedeutet sowohl einen veränderten tranceartigen Bewußtseinszustand, der durch Suggestion bewirkt wird, als auch die mit Hilfe von Suggestion und bestimmter Techniken herbeigeführte Induktion dieses Zustandes. Als klinisches Verfahren wird Hypnose in Form der Hypno- oder Hypnosetherapie als eigenständige psychotherapeutische Methode (Kossak 1993; Revenstorf 1993), in Kombination mit anderen Psychotherapiemethoden (z. B. Verhaltenstherapie) oder zur Entspannung und Schmerzkontrolle (z. B. im Rahmen zahnärztlicher Praxis) eingesetzt.

Hypnose und Trance zählen zu archaischen Phänomenen. Der animalische Magnetismus nach Mesmer, der künstliche Somnambulismus nach Puységur, der lucide Schlaf nach Abbé Faria, die Schulen von Nancy (Liébeault und Bernheim) und der Pariser Salpêtrière (Charcot) markieren Vorformen der Hypnosetherapie (siehe den Abschnitt zur Geschichte der Psychotherapie). Bereits hier werden die Suggestibilität, Wachsuggestion und Autosuggestion, Hypnose als Wachzustand mit veränderter Bewußtseinslage, die „Fixationsmethode“ oder auch das Bestreichen des Körpers mit Händen zur Induktion von Trance erörtert. Mit Freud, der von der Hypnose nach anfänglichem Gebrauch zunehmend Abstand genommen hat und sie zuletzt ablehnte, erfährt die Hypnose eine Neubewertung. Eine Reaktivierung wird von Schultz über das Autogene Training und Kretschmer über die „gestufte Aktivhypnose“ (Autogenes Training als Vorstufe und Motor der hypnoiden Umschaltung) vorgenommen. Milton modernisierte das Verfahren durch den Einsatz „natürlicher“ Techniken zur Tranceinduktion und -utilisation (Peter 1987).

Das Spektrum der Hypnose reicht auch heute noch von der klassischen Form, die eher direktiv anleitend, bestimmend und anweisend operiert und dem Klienten

eher eine passive und reagierende Rolle zuweist, bis zu einer indirekten, u. a. von Erickson inspirierten Form, die eine unmerkliche Suggestion bevorzugt und auf Autonomie, Ressourcen und Problemlösungen der Klienten baut. Hole (1997) weist auf die Bedeutung beider Vorgangsweisen im Rahmen einer modernen Hypnosetherapie hin.

Neben der tiefenpsychologisch orientierten Variante (mit mehr oder weniger Einbezug lösungsorientierter Ansätze), meist als *Hypnosetherapie* bezeichnet, hat sich ein eher ressourcen- und lösungsorientiertes Kurzzeitverfahren, vielfach *Hypnotherapie* genannt, herausgebildet, das sich auch mit anderen psychotherapeutischen Ansätzen kombinieren läßt. Ausrichtung und Setting reichen von lösungsorientierter Kurztherapie (im Sitzen; Einzel- oder Gruppensetting) bis zu längerfristiger, analytisch orientierter Behandlung (auch im Liegen), zumeist einmal die Woche.

Kanitschar (1999) beschreibt drei Interventionsmodi:

1. ich-stärkend-übender Modus: zum Aufbau und zwecks Zunahme von Stabilität und Ressourcenstärkung, u. a. Arbeit mit Teilen und Imaginationen,
2. zukunfts- und lösungsorientierter Modus (für gefestigtere Personen): Anregen von Suchprozessen, Nutzbarmachung von Trance, Arbeit mit Metaphern, humorvolle Relativierungen, Einstreutechniken,
3. aufdeckend-analytischer Modus: unbewußte Inhalte, biographische Ebene, u.a. mit Altersregression und posthypnotischer Suggestion; dabei ist auch an die Methodenkombination in Form der Hypnoanalyse zu denken.

Suggestibilität und Hypnotisierbarkeit als ein Sonderfall derselben sind eine Voraussetzung, daß bzw. in welcher Tiefe Suggestionen Trancezustände herbeiführen. Sie sind eher mit Reaktionsbereitschaft und Flexibilität zu assoziieren als mit Abhängigkeit und beruhen auf affektiver Resonanz. Suggestion impliziert eingebende – mehr oder weniger invasive – Beeinflussung einer anderen Person und dient der Herstellung der Empfänglichkeit, die die „Trance“ mit der einhergehenden Bewußtseinsenkung auszeichnet. In diesem Zustand können auch „posthypnotische Befehle“ erteilt werden. Der Trancezustand bedeutet aber nicht unbedingte Annahme der Suggestion des Hypnotiseurs, sondern hängt vom „Rapport“, d. h. der emotionalen Dichte in der therapeutischen Beziehung, also auch von Präsenz und Prestige des Hypnosetherapeuten ab. Dabei wird angenommen, daß das Gesamt-Ich auch während der Hypnose bzw. Trance die übergeordnete Kontrolle behält, nur ein Subsystem innerhalb des Ich hat die Kontrolle an den Therapeuten delegiert. Hypnose kann daher auch als eine „Regression im Dienste des Ich“ betrachtet werden. Trotz einer tendenziellen Passivität des Klienten ist der Kontakt zwischen Klient und Therapeut aufrecht. Dieser orientiert sich an der Autonomie und den Bedürfnissen des Klienten, der wiederum seinerseits Verantwortung, Kontrolle und einen gewis-

58 Geschichte, Paradigmen und Methoden

sen Grad an Beobachtung behält, was keinen Nachteil darstellt, solange Beobachtung nicht Distanzierung und Bewertung mit sich bringt und spontane unbewußte Prozesse behindert. Dementsprechend wird argumentiert, daß indirekte Suggestion viel eher zu einer Reorganisation, zur Förderung kreativer innerer (unbewußter) Prozesse unter Beachtung der Autonomie führt als nur zu Symptombeeinflussung. Trance (nach Erickson) ist aktives unbewußtes Lernen „von selbst“. Das Unbewußte kennt keine Zeit, keine Negation, keinen Konjunktiv. Es geht um direkte Kommunikation mit dem Unbewußten (z. B. durch Metaphern, Bilder, Geschichten) und Anregen der latenten Ressourcen zur Erzielung von konstruktiven Lösungen.

Die Hypnosetherapie beruft sich auf eine Reihe von übergreifenden Prinzipien: „Im Mittelpunkt steht die Person und nicht die Störung“; „mit dem Widerstand arbeiten, diesen benützen (utilisieren)“; „Verhaltensänderung vor Einsicht“; „die Wahrnehmung der Vergangenheit ändern“. Diese Prinzipien finden in einzelnen Haltungen und Techniken ihren Niederschlag:

- „Pacing“: d. h. dem Klienten auf der Spur bleiben, z. B. an Atemrhythmus, Körperhaltung und -ausdruck, sprachliche Artikulation, Bildersprache, Repräsentationssystem (visuell, auditiv, kinästhetisch, olfaktorisch) anpassen
- „Leading“, d. h. Leiten und Führen in Hinblick auf den nächsten Schritt; vor allem im Sinne von Anregen von latenten Ressourcen
- Erzeugen einer „Ja-Haltung“ beim Klienten, d. h. der inneren Zustimmung durch Geschehenlassen statt Wissen und Tun
- Einleitungstechniken wie Augenfixierung, monotone Geräusche und Stimm-Modulation oder auch durch Bezugnahme auf Körpererleben
- latente Potentiale durch Implikationen und positive Konnotation fördern
- ich-stärkende Regression genehmigen
- Utilisation: Nutzbarmachen der Eigenheiten des Klienten, z. B. des Widerstands durch Akzeptieren oder durch Umdeuten („Reframing“)
- über Dissoziation Fähigkeiten fördern, dazu dient unter anderem die Altersregression und -progression, d. h. das Erleben auf früheren Altersstufen oder das Antizipieren möglicher Zukunft sowie die Kommunikation mit Persönlichkeitsteilen
- Formeln, die auf das unerwünschte Verhalten abzielen („Positivformulierungen“)
- posthypnotische Aufträge
- Einstreu- und Verwirrtechnik: Betonungen und Bahnungen von Reaktionen; Umgehen des Bewußtseins durch Ablenken, Langweilen, Faszinieren
- Erzählen von Witzen, Gleichnissen, Märchen, Träumen oder Geschichten von anderen, denen etwas gelungen ist
- „Rücknahme“ der induzierten Trance, um Sinnesbeeinträchtigungen und Dösigkeit auszublenden

4.3 Humanistische Ansätze

In den humanistischen Ansätzen, deren geistesgeschichtliche Wurzeln vor allem in der Phänomenologie und in der Existenzphilosophie liegen, wird neben dem wählenden Individuum das Prinzip der Selbstorganisation und Selbstverwirklichung sowie gegenwärtige Erfahrung und Begegnung unterstrichen. Während die *klientenzentrierte bzw. personenzentrierte Psychotherapie* (vgl. den Beitrag von Schmid in diesem Band) in geradezu minimalistischer Weise Echtheit, nicht an Bedingungen geknüpfte Wertschätzung und einführendes Verstehen als ausreichendes therapeutisches Instrumentarium ansieht, hat die *Gestalttherapie* (vgl. den Beitrag von Hutterer-Krisch in diesem Band), die sich aus der Psychoanalyse herausgelöst hat, eine Fülle von Übungen und strukturierenden Interventionen in ihrem Repertoire. Die Arbeit im Hier-und-Jetzt ist in der Gestalttherapie in der radikalsten, z.T. auch stark konfrontierenden Weise verwirklicht. Bereits zu einem Zeitpunkt entwickelt, als die humanistische Bewegung noch nicht formiert war, weist das *Psychodrama* neben psychoanalytischen Einflüssen (auf die Datler & Stephenson in diesem Band Bezug nehmen) Affinitäten zu humanistischen Prinzipien auf.

Psychodrama

Die heilsame Wirkung des Spiels hat der charismatische Psychiater Jacob Levi Moreno (1889-1974) in Form des inszenierten Rollenspiels und der Theaterarbeit erschlossen und nutzbar gemacht. Moreno experimentierte bereits in jungen Jahren in Wien mit dem Stegreiftheater, 1925 übersiedelte er in die USA, arbeitete dort zunächst als Gefängnispsychiater und führte später eine eigene Klinik in Beacon, New York, in der nach psychodramatischen Grundsätzen behandelt wurde. Er ist nicht nur Urheber des Psychodramas, sondern auch der Soziometrie sowie Pionier der Gruppenpsychotherapie, Inspirator der Gruppendynamik und in vielen Aspekten als ein Vorläufer der Humanistischen Psychologie anzusehen (Moreno 1988).

Im Psychodrama dient die (spielerische) Handlung zur Intensivierung des Erlebens. Aktives Darstellen von problembesetzten Situationen und Konflikten soll kathartische Wirkung entfalten und über ergänzende reflexive Prozesse Blockaden und Defizite abbauen sowie Spontaneität, Kreativität und flexible Rollengestaltungen fördern und freisetzen. Mit dem handlungsorientierten Element wird eine Ausdrucksebene betont, die in den gesprächsorientierten Therapieformen vernachlässigt oder sogar abgelehnt wird. Im Gegensatz zur Sichtweise der klassischen Psychoanalyse, die hier die „Gefahr“ des wiederholenden „Agierens“

60 Geschichte, Paradigmen und Methoden

wähnt, das der erlebenden und einsichterzeugenden Aufdeckung abträglich ist, ist bewußtes Handeln bzw. „Wiederholen“ intendiert. Die psychodramatische Inszenierung ist ein Mittel zur Konkretisierung und zur Bewußtmachung von ansonsten im Leben unbewußt inszenierten Konstellationen mit weit größerer Tragweite. Auf der Basis des „szenischen Spiels“ mit affektiver Beteiligung geht es für die Klienten darum, sich in der je eigenen Weise – anderen gegenüber – „ins Spiel zu bringen“, eine (authentische und nicht von außen vorgeschriebene) „Rolle zu spielen“, sich in einem Akt der „Selbsteilung“ neu zu erschaffen. Wie das kindliche Spiel auch findet das Psychodrama in einer zwischen Realität und Phantasie gelagerten Semi-Realität statt, in der (Neu-)Gestaltung und kreative Exploration möglich werden.

Vorläufer des Psychodramas sind im Theater der Antike, in Ritualen von Naturvölkern, in der Heilung durch Katharsis zu finden, die auch bei „Zuschauern“ über Identifikationsprozesse angefacht werden kann. Die Entwicklung des Psychodramas im eigentlichen Sinn beginnt mit dem vom Expressionismus und der phänomenologischen Methode Husserls beeinflussten Stegreiftheater Morenos, das der Intuition und dem inneren Erfassen einer Szene, einer Begegnung, eines spezifischen Zustandes große Bedeutung beimißt. Bereits hier waren die therapeutischen Aspekte von Theaterarbeit antizipiert.

Moreno hat den Menschen als improvisierenden Rollenspieler im Leben selbst betrachtet, dessen Selbst aus Rollenspielen entsteht. Eine wünschenswerte Rolle entspricht nie bloß den Erwartungen anderer (role-taking) oder einer starren „Rollenkonserve“, sondern dem kreativen und flexiblen Einsatz des je eigenen Rollenrepertoires (role-playing). Dies ist neben Spontaneität und der Fähigkeit zur Begegnung im Hier-und-Jetzt ein Teil des psychodramatischen Gesundheitsbegriffs. Als pathologische Phänomene werden dagegen fehlgeleitete Spontaneität bzw. Kreativität oder falsche bzw. falsch gelernte Rollen gewertet, z. B. Depression (Lähmung der Spontaneität), Manie (Überschuß der Spontaneität), aggressive Gespanntheit (Stau), Ziellosigkeit, Einengung und Fixierung („Konserve“).

Therapieziele sind, daß die Macht der alten Szene und der Hang zur Wiederholung abnehmen. Der therapeutische Prozeß läßt sich etwa folgendermaßen skizzieren: Katharsis → Einsicht → Integration → Neugestaltung; umgekehrt ist damit angezeigt, daß weder logisches Verstehen (Reflexion) noch psychologisches Verstehen (Affekt, Vorstellung) die volle Heilkraft entfalten, sondern *szenisches* Verstehen (Involvierung, autonome Körperreaktionen) Boden für eine auch organismisch fundierte Reorganisation ist. Diese Perspektive mündet in folgender Überzeugung: „Jedes wahre zweite Mal führt zur Befreiung vom mißglückten

ersten Mal“, z. B. zur Abkehr von einer durch Traumatisierung bedingten eingengten Rollengestaltung. Dementsprechend ist die Erweiterung des Rollenrepertoires ein zentrales Anliegen (Petzold 1985a).

Die Elemente für die Durchführung des Psychodramas sind: die Bühne, der Protagonist (Hauptdarsteller), der Psychodramatherapeut, Hilfs-Ichs (sie spielen andere Personen oder andere Teile der Person nach dem Rollenentwurf durch den Protagonisten) und die Gruppe. Alle, auch die „Zuschauer“, sind letztlich „Mitspieler“.

Der Psychodramatherapeut strukturiert wie ein Regisseur den Ablauf einer Sitzung. Als ein „Requisit“ wird zumeist eine imaginäre Bühne angedeutet, die den Spielraum vom Zuschauerraum bzw. vom Raum, in dem nicht gespielt wird, abgrenzt. Drei Phasen kennzeichnen eine Psychodramasitzung (Yablonski 1992):

1. In der *Initialphase* wird über das „warming up“ erleichtert, daß die Gruppenteilnehmer „ankommen“ und „auftauen“ (z. B. unterstützt durch Tanz, Musik, ruhiges Sitzen oder Meditation). Im weiteren Verlauf wird in einem gemeinsamen Gruppenprozeß ein Protagonist bzw. eine auf mehrere Personen oder auch auf die ganze Gruppe bezogene Thematik bzw. Spielszene ausgewählt. Im Fall einer protagonistenzentrierten Sitzung wird die „Szene“ über die „Interviewstufe“ entwickelt und den anderen Gruppenteilnehmern nähergebracht sowie der Spielablauf konzipiert. Dabei kann es sich um einen aktuellen Konflikt oder auch eine lebensgeschichtlich bedeutsame Situation handeln. Der Spielentwurf, das Drehbuch, stammt somit von der leidenden bzw. aktiv an einem Problem arbeitenden Person, die zumeist auch Hauptdarsteller ist.

2. Die *Aktions- oder Spielphase* hat einen gefühlsverdichtenden Handlungsablauf, der unter Umständen auch durch äußere Effekte wie Licht und Musik unterstützt werden kann. Andere Gruppenteilnehmer, seltener auch ausgebildete Mitglieder, übernehmen als Hilfs-Iche vom Protagonisten zugeordnete Rollen, um die Interaktion mit abwesenden Personen zu ermöglichen, die in der dargestellten Situation bedeutsam sind. Die gesamte Inszenierung ist darauf gerichtet, den Protagonisten in die Lage zu versetzen, seine persönlichen Themata, Probleme und Konflikte zwischen einer Wiederholung alter, unangemessener Muster und einer Neugestaltung seiner Rolle – oft im Sinne einer Schlüsselszene – erleben zu können. In dieser Handlungsphase gibt es verschiedene Techniken, um den Prozeß zu unterstützen:

→ *Spiegeln*: Als konfrontierendes Mittel der Bewußtmachung und zur Wahrnehmung von außen wird dem Protagonisten sein Verhalten imitierend von einem Mitspieler (Hilfs-Ich) dargeboten.

→ Ein Hilfs-Ich kann auch als *Doppelgänger* auftreten, um die Gefühle des Protagonisten durch sogenanntes Doppeln zu ‚verbreitern‘ oder mittels (ev. auch provozierender) Fragen zu ‚durchsuchen‘.

62 Geschichte, Paradigmen und Methoden

→ Zum besseren Verständnis der anderen Person bei interpersonalen Konflikten kann weiters ein *Rollentausch* angezeigt sein: Der ‚Sohn‘ spielt auf Anweisung des Therapeuten z. B. den ‚Vater‘, um diesen besser zu verstehen, und nimmt dazu dessen Haltung, Stimme etc. an; ein Hilfs-Ich übernimmt dann die Rolle des ‚Sohnes‘. Für den Fall, daß kein Hilfs-Ich eine bestimmte – antagonistische – Rolle übernehmen kann, läßt sich eine abwesende Person auch durch einen leeren Stuhl symbolisieren: Der Klient kann aber auch – wie in einem Selbstgespräch – alle Rollen selbst spielen (Selbstdarstellung).

3. In der *Reflexions-* bzw. *Integrationsphase* (Phase des Sharings), die eine Art Nachbereitung der Aktionsphase ist, erfolgt zunächst das Rollenfeedback durch den Protagonisten und die Hilfs-Iche: Wie ist es den einzelnen Personen in ihrer Rolle im vorangegangenen Abschnitt ergangen? Was haben diese in bestimmten Sequenzen bzw. Interaktionen erlebt? Daran schließt das Identifikationsfeedback durch die Mitspieler und die Gruppe der nicht aktiv Beteiligten, der „Zuschauer“: Was habe ich als „Außenstehender“ wahrgenommen, beim Protagonisten, in der Szene, bezüglich Interaktionen und vor allem an und bei mir selbst? Im weiteren Prozeß des „Sharings“ werden Bezüge zur Lebenswelt und zur Biographie des Protagonisten hergestellt. Durch die Anteilnahme der anderen Personen und das Einbringen ihrer Erfahrungen wird Solidarität, Vertrauen und Geborgenheit gefördert. Gegebenenfalls kann im Sinne einer Neu-Orientierung eine auf Verhaltensänderung abzielende Phase anschließen.

Der Psychodramatherapeut hat in allen Phasen eine strukturierende und anregende bis anleitende Funktion, die der Inszenierung dient sowie den Spielfluß und die Reflexion intensiviert. In den ersten beiden Phasen verhält er sich weitestgehend abstinert, im Sharing ist er ein existentieller Partner und damit selektiv transparent.

Je nach methodischer Orientierung und je nach Zielsetzung gibt es unterschiedliche Schwerpunktausprägungen, die auch kombiniert anzutreffen sind: Die konfliktzentrierte Spielart hat traumatische Szenen im Auge; die erlebniszentrierte fokussiert auf die Vitalität, die aus der kathartischen Wirkung der Involvierung erwächst; die verhaltenszentrierte ist auf konkrete Verhaltensmodifikationen angelegt. Abwandlungen und verwandte Verfahren des klassischen Ansatzes sind das Monodrama als Arbeit im Einzelsetting, die Theaterarbeit nach Iljine, die verhaltensorientierte Ausrichtung (Behaviordrama; „assertiveness-training“) sowie ca. ab 1945 (vor allem in Frankreich) das analytische Psychodrama.

Im Monodrama werden z. B. der innere Monolog, aber auch Rollenwechsel und Doppeltechnik verwendet, hier auch unter Beteiligung des Psychotherapeuten. Die szenische Gestaltung innerer Rollenanteile, von Impulsen und auch von antagonistischen Rollen wird unter Einbezug von Hilfs-Objekten wie Gegenständen und Symbolen angeregt.

Das Psychodrama hat einen nicht unbedeutenden Einfluß auf die Gestalttherapie ausgeübt (vgl. den Beitrag von Hutterer-Krisch in diesem Band): Perls war zwar kein Schüler Morenos, aber er hat diesen aufgesucht und viele Impulse aus dem Psychodrama bezogen. Das Psychodrama zählt auch zu jenen Elementen, die in der Integrativen Therapie nach Petzold einbezogen wurden.

4.4 Existentielle Psychotherapie

Daseinsanalyse

In analytischer Tradition (v. Weizsäcker, Straus, v. Gebattel) sowie von Husserls Phänomenologie und vor allem von Martin Heideggers Existenzphilosophie und Daseinsanalytik beeinflusst, wurde diese Richtung von Ludwig Binswanger (1881-1966), der ihr auch den Namen gab, Medard Boss (1903-1990) – in direkter Zusammenarbeit mit Heidegger – und dessen Schüler Gion Condrau (*1919) geprägt. Während Binswanger eine eigene ‚wissenschaftliche‘ Theorie entwickelte und sich zunehmend aus der Anwendung der philosophischen Positionen auf Psychotherapie und Psychiatrie zurückzog, verzichtete Boss im Gegensatz zu Binswanger und Freud auf eine eigene theoretische Grundlegung, orientierte sich an Heideggers philosophischem Entwurf und an der therapeutischen Praxis.

Die von der naturwissenschaftlichen Psychologie vorgenommene Zersplitterung menschlichen Daseins in eine Psyche, einen Körper und eine Außenwelt stellt sich der daseinsanalytischen Betrachtung als erkenntnistheoretischer Willkürakt dar; im Zentrum steht denn auch konsequent anstelle des Begriffs ‚Psyche‘ der Heideggersche Terminus ‚Da-Sein‘. Das ‚Da‘ bezeichnet die Weise, wie sich der Mensch als Ganzer zur Welt verhält, insbesondere zur sozialen Umwelt, wie er das im Rahmen des Da-Seins Begegnende bewältigt. Die wesentlichen Themen der Daseinsanalyse sind Schuld und Gewissen, Geburt und Tod, psychosomatische Phänomene, Träume, allgemein: Stimmung, Verstehen, Sprache und Lebensgeschichte. Die Phänomene des Da-Seins enthüllen sich in phänomenologischer Einfühlung und werden dadurch von der ‚Verstellung‘ befreit. Sie bedürfen keiner Rückführung auf dahinterliegende, kausal-genetische Motive, sondern enthüllen sich unmittelbar. Das daseinsanalytische Krankheitsverständnis verzichtet daher auch auf jegliche, aus seiner Sicht spekulative Modellvorstellung etwa von Neurosen als Störungen des Trieb- und Affektlebens und auf die psychoanalytische Leithypothese vom ‚Unbewußten‘. „Zeigen sich jedoch Mitmenschen und Dinge im bedeutungserscheinenden Lichte unseres Daseins als das, was sie sind, so wird auch die Annahme eines ‚Unbewußten‘ überflüssig.“ (Con-

64 Geschichte, Paradigmen und Methoden

drau 1989, S. 218 f.). Auch andere Zentralbegriffe des psychodynamischen Verstehens, wie Verdrängung oder Regression, werden überflüssig. Es geht um den verstehenden Vollzug des „In-der-Welt-Seins“, im besonderen innerhalb der therapeutischen Beziehung. Dementsprechend steht der Einblick in die Grundbestimmungen des ‚Da-Seins‘, in seine „Existentialien“ (Offenheit und Freiheit, Zeitlichkeit und Räumlichkeit des Daseins, Geschichtlichkeit und Gestimmtheit, Mit-Sein, Leiblich-Sein und Sterblichsein) im Mittelpunkt bzw. wie diese innerhalb der Beziehung zum Analytiker realisiert werden. Die dabei auftretenden Beziehungsmomente werden nicht als Übertragungen, sondern als aktuelle Phänomene verstanden, die dem Analytiker selbst gelten. Schuld wird im Sinne von nicht gelebten Möglichkeiten und nicht im Sinne von unbewußten Schuldgefühlen gesehen. Angst wird als Angst vor der Existenz verstanden. Der Traum ist therapeutisch äußerst bedeutsam, doch wird er wieder als unmittelbar zugängliches Phänomen gewertet, das keiner Unterscheidung in manifest und latent und keiner Deutung des dahinterstehenden Wunsches bedarf.

Auch wenn die daseinsanalytische Therapie im Liegen auf der Couch mit mehreren Sitzungen pro Woche erfolgt und damit vom Setting an die Psychoanalyse erinnert (Vetter & Förster 1994, S.195), sind doch die philosophische Ausgangsposition und konzeptuellen Unterschiede zu bedeutend, als daß sie ohne weiteres den tiefenpsychologischen Schulen und Methoden zugerechnet werden könnte.

Existenzanalyse und Logotherapie

Diese vom Wiener Psychiater Viktor Frankl (1905-1997) begründete Strömung steht für die Aufwertung der personal-geistigen Ebene in der Psychotherapie. Ausgangspunkt der Entwicklung waren die Sinnkrise des Begründers in der Zwischenkriegszeit und seine Erfahrungen in verschiedenen Konzentrationslagern während des Zweiten Weltkrieges (Längle 1998). In Abgrenzung zu Freud und Adler schuf Frankl nach 1945 die dritte Wiener Schule der Psychotherapie, die vor allem in den USA große Popularität erlangte. Ins Zentrum der Aufmerksamkeit rückt dabei das Verlangen nach der sinnvollen Gestaltung des eigenen Lebens im Bezug zur Welt (Frankl 1994). Auf existenzphilosophischer Grundlage werden Themen wie Sinn und Werte, Freiheit und Verantwortung, Leiden und Tod, Schuld und Angst nicht in erster Linie als lebensgeschichtlich bedingte, sondern als dem menschlichen Dasein innewohnende Herausforderungen begriffen. Sich diesen Lebensfragen zu stellen und darauf Antworten zu finden ist aus der Sicht einer existentiell orientierten Psychotherapie die vorrangigste Aufgabe.

Die Existenzanalyse ist eine Psychotherapieform, die sich gegen psychologische und mechanistische Reduktionismen und Determinismen wendet. Sie hat

ihre Wurzeln in der Phänomenologie und Existenzphilosophie (Jaspers, Heidegger, Wertephilosophie Max Schelers, Buber, Bergson) und unterstreicht in ihrer Ethik die Verantwortlichkeit und den Freiraum der Person sowie existentielle Fragen wie Leiden, Tod und Schuld („tragische Trias“). Das „geistig Unbewußte“ (Gewissen, Liebe, Ästhetik) wird dem „triebhaft Unbewußten“ entgegengestellt.

In der Existenzanalyse geht es im wesentlichen um „die ‚Analyse‘ – besser ‚Erhellung, Klärung‘ – der Lebensumstände auf lebenswerte Möglichkeiten hin“ (Längle 1994, S. 188). Denn in einer sinnvollen, erfüllten Existenz wird das „existentielle Vakuum“ verhindert (Motto: „ja zum Leben sagen“). Dies ist erreicht, wenn der Mensch das, was er tut, mit Entschiedenheit macht, d. h. innere Zustimmung gibt. Eine Methode, die aus der Existenzanalyse folgt, ist die Logotherapie, in der „konkreter Beistand in der Sinnfindung und Sinnrealisierung“ geleistet wird (Längle 1994, S. 188) – als Hilfe zur sinnvollen Lebensgestaltung bei der Bewältigung schwieriger Lebenssituationen, und sei es, bei unabänderlichen Gegebenheiten das Schicksal in Würde zu (er)tragen (Motto: „trotzdem ja zum Leben sagen“).

Grundlegende Motivationskraft bzw. primärer Antrieb des Menschen ist nach Frankl seine immanente Suche nach Sinn. Plakativ hat er den „Willen zum Sinn“ dem „Willen zur Lust“ (in der Psychoanalyse Freuds) und dem „Willen zur Macht“ (in der Individualpsychologie Adlers) gegenübergestellt. Anstelle intrapsychischer Antriebe wird postuliert, daß wir uns von „Werten der Welt“ anziehen und berühren lassen. Das Menschenbild und die Persönlichkeitstheorie des Ansatzes beruhen auf der „Dimensionalontologie“, die die biologische, psychologische (kognitiv-emotionale) und geistige (sozial-noetische) Dimension im Menschen unterscheidet. Das Primat hat dabei die Dimension des Geistigen als eigentlich personale Dimension. Sie ist „Trotzmacht“, Boden für die Freiheit „zu etwas“ und damit konträr zur Persönlichkeit des Menschen, die eine verfestigte Struktur meint: „Person ist das, was sich frei verhalten kann, Persönlichkeit das Statische.“ Person bedeutet in der Existenzanalyse eine „geistige Kraft, die den Menschen sowohl auf Welt hin öffnet, zugleich aber auch von dieser abgrenzt“ (Längle 1994). Frankls Personbegriff schließt Widerstandskräfte ein, die sich gerade auch in Selbst-Distanzierung und Selbst-Transzendenz manifestieren.

Selbst-Distanzierung wird als die Fähigkeit der Selbstbetrachtung von außen, als „Mit-sich-selber-Sprechen“ verstanden und damit als Möglichkeit der Relativierung unter anderem mit Hilfe von Humor. Selbst-Transzendenz dagegen äußert sich im „Über-sich-Hinaus-Sein“, in einem Aufgehen und Hingeben an eine Aufgabe, eine andere Person, an die Mitwelt, an Gott oder an das Unabänderliche wie z. B. den Tod. Sie verkörpert die Relativierung des unmittelbaren Selbstbezugs.

66 Geschichte, Paradigmen und Methoden

Personsein ist das auf sich und auf andere Bezogensein und mit einer grundsätzlichen Dialogfähigkeit verbunden. Allerdings steht nicht Selbsterfahrung im Zentrum des Interesses, sondern Sinnerfahrung. Hier erweist sich die Existenzanalyse z. T. in diametraler Position zu den Ansätzen der Humanistischen Psychologie: Dem „So-Sein“ des Individuums wird das „bestmögliche Sein“, dem „Mut zum Selbst“ und der „Selbstverwirklichung“ wird das Herstellen eines sinnvollen über das Ich hinausreichenden Weltbezugs sowie die Bewußtmachung der Verantwortlichkeit, somit das Sinntheorem und die Selbst-Transzendenz gegenübergestellt. Erwähnt sei auch das Spannungsverhältnis Frankls zur Psychotherapie allgemein, die er mitunter auch im Gegensatz zur Logotherapie sieht. Gerade auch den weithin anerkannten Stellenwert von Selbsterfahrung als Ausbildungsbestandteil hat Frankl mit Skepsis bedacht.

Aus dem Personbegriff folgert der Krankheitsbegriff dergestalt, daß nur Körper und Psyche, nicht aber der Geist, die noetische Dimension, erkranken können. Der Geist kann nur zwischen sinnvoll und sinnlos bzw. richtig und falsch orientiert sein, er kann nur seinen Sinn finden oder verfehlen (Frankl 1994). Die „Trotzmacht des Geistes“ impliziert in ihrer Freiheit auch die Freiheit zum Versäumen und Scheitern beim Existenzvollzug, was sich im Sinne einer Korrektur nachgerade als psychotherapeutische Aufgabe stellt. Ein Mangel an „Willen zum Sinn“ und partielle Isolierung, d. h. ein gestörter Dialog und Austausch mit der Mitwelt, konstituieren unerwünschte Entwicklungen, die zur Verfälschung des menschlichen Wesens, zum Verzicht auf Personalität und Existentialität und zum Fehlen von Stellungnahmen und Expressivität führen. Daraus ergeben sich folgende Therapieziele: sinnvolle Gestaltung und Vollzug der eigenen Existenz, mit Bezug auf die auf Zukunft gerichtete gegenwärtige Realität; Personsein in dialogischer Verbindung, in Verantwortung und Freiheit im Gegensatz zu Zwang und Pflicht, d. h. mit innerer Zustimmung zum eigenen Dasein leben.

Existenz meint vollzogenes, ganzes Leben, das als existentielle Anfrage an den Menschen ergeht. Dieser habe „Antworten auf die Lebensfragen“ zu geben und dem Aufruf zu Wahl und Entscheidung zu folgen. Sinn ist die wertvollste Möglichkeit in der jeweils gegebenen Situation. Als Hauptwege zur Sinnverwirklichung gelten schöpferische Werte (Werke, Taten), Erlebniswerte (Natur, Kunst, Liebe) und Einstellungswerte (Haltungen, Umgang mit Leid). Eine Prämisse ist, daß jede Situation zumindest eine Sinnmöglichkeit bietet. Hier besteht eine gewisse Gefahr der philosophischen Überhöhung und abgehobenen Geistigkeit, die der Schule Frankls auch den Vorwurf eingetragen hat, eine „Über-Ich-Psychologie“ bzw. „Höhenpsychologie“ zu vertreten.

Das praktische therapeutische Vorgehen ist von einer prinzipiellen phänomenologischen Offenheit getragen, d. h. der Therapeut soll nicht nach vorgefertigten Methoden vorgehen; das dialogische Prinzip fördert Qualitäten des Bei-

Seins (Verweilens), Verstehens und In-Beziehung-Tretens (auch des Klienten mit sich selbst). Frankl selbst hat mit seinen Patienten gerne „Sinnfindungsgespräche“ geführt, in denen er bestimmte Einstellungen und Positionen in der Form eines „sokratischen Dialogs“ hinterfragte. Zwei von ihm angewandte Interventionstechniken sind besonders markant, eine dritte wurde von Lukas (1980) hinzugefügt:

1. Die *Paradoxe Intention* dient bei Angst- und Zwangsneurosen zur Förderung der Selbstdistanzierungsfähigkeit durch humorvolle Übertreibung, die aber bereits Relativierung impliziert; weiters zur Behandlung von Erwartungsängsten, von Ängsten vor der Angst, wobei immer der Gegenstand der Angst intendiert werden soll. Die paradoxe Intention ist in Abweichung zur Symptomverschreibung bei Watzlawick und der paradoxen Intervention in der Verhaltenstherapie und der systemischen Richtung zu sehen, die sich mit ihrem Konzept auf Verhaltensweisen und Symptome beziehen. Freilich ist vielfach der Gegenstand der Angst identisch mit dem jeweiligen Symptom; dies trifft allerdings nicht auf Zwänge zu. Hier ist die zwanghafte Symptomatik, z. B. der Kontrollzwang, sich x-fach zu vergewissern, ob denn die Wohnungstür abgeschlossen ist, nicht Gegenstand der Angst. Diese ist vordergründig wohl eher darin zu vermuten, daß ein Einbruch befürchtet wird. Die paradoxe Intention soll so humorvoll wie möglich formuliert werden, z. B. wird ein Patient mit Angst vor Kreislaufkollaps aufgefordert, längere Fahrten mit der Straßenbahn zu unternehmen, mit dem Vorsatz: „Jetzt werde ich es denen einmal zeigen, wie gut ich kollabieren kann“ (vgl. Frankl 1982).

2. Vor allem bei Sexualneurosen und psychosomatischen Störungen (z. B. Schlafstörungen) kommt es darauf an, dem Problem nicht übermäßige Aufmerksamkeit („Hyperreflexion“) zu geben und es dadurch wie in einem Teufelskreis immer stärker zu erzeugen. Bei der *Dereflexion* wird die Aufmerksamkeit zu einem sinngebenden Vorstellungsinhalt hingelenkt und so automatisch vom Problem abgezogen, z. B. wird bei Schlafstörungen geraten, sich nicht um den Schlaf zu kümmern, sondern den nächsten Wochenendausflug zu planen (vgl. Lukas 1984, S. 490).

3. Ergänzt wurde von Lukas (1980, 1984) im Kontext der logotherapeutischen Technik die „Einstellungsmodulation“, die als Oberbegriff verschiedene Interventionsformen subsummiert. Sie zielt ab auf die Einstellungsverbesserung zu (unveränderbaren) leidvoll erfahrenen Ereignissen, d. h. auf die Bewältigung von Traumata (Schicksalsschlägen, Krankheiten), sowie auf die Einstellungsverbesserung zur Bewältigung von Sinnkrisen durch Förderung von zukunftsorientierten Einstellungen; ersteres entspricht der „Trotzmacht des Geistes“, letzteres der Förderung des „Willens zum Sinn“.

Existenzanalyse findet aufgrund ihrer dialogischen, auch zur Stellungnahme auffordernden Haltung durchwegs im einander gegenüberstehenden Gespräch ein-

68 Geschichte, Paradigmen und Methoden

mal wöchentlich oder auch in größeren Abständen als kurz- und mittelfristige Begleitung statt. Stundenkontingente von 100 Stunden werden nur bei schweren Störungen (Personen mit Persönlichkeitsstörungen oder Psychosen) überschritten. Regressive Tendenzen werden nicht unterstützt; an die Stelle der „Vergangenheitsbewältigung“ in psychodynamischen Ansätzen tritt in der Existenzanalyse „Vergänglichkeitsbewältigung“, Existenzvollzug in Authentizität, Entschiedenheit und Zukunftsorientierung und schließlich Sinnfindung. Ein persuasives und appellatives Element, mit rational-kognitiver Ausrichtung und Nähe zur verhaltensorientierten Psychotherapie (die ihrerseits vor allem die Technik der paradoxen Intention aufgegriffen hat), ist in der traditionellen Logotherapie nicht zu übersehen.

Die *Personale Existenzanalyse*, eine vor allem auf Alfred Längle zurückgehende Weiterentwicklung (seit etwas 1990), hat diese Schattierung weitgehend abgeschwächt: Neben kognitive, ermutigende und konfrontierende sind dabei auch empathische und schützende Elemente getreten, dem Patienten wird in seinem autonomen Such- und Entscheidungsprozeß nachgefolgt. In einer Art „personaler Wende“ bezieht die Personale Existenzanalyse verstärkt die Emotionalität als personales Moment ein und stellt insofern eine Ergänzung der „noetisch-geistigen“ Dimension bei Frankl dar. Wenn die primäre Emotionalität geborgen wird, erfährt diese sozusagen eine Wiederaufwertung, ja geradezu Rettung. Dies führt zur fundamentalen Aufwertung der Selbstannahme als primärer Aktualisierung, an die sich Selbst-Distanzierung und Selbst-Transzendenz erst anschließen.

In dieser Weiterentwicklung ist die Existenzanalyse nicht mehr bloß Vorbedingung der sinngebenden Logotherapie, sondern eine vollständig entfaltete psychotherapeutische Methodik; allenfalls bezieht sie auch Sinnfragen und die Logotherapie ein, die sich nach dem Verständnis der Personalen Existenzanalyse allerdings mehr für Beratung und Begleitung (z. B. Sterbebegleitung) eignet. Daraus resultieren auch praktische Vorgangsweisen und Modifikationen des Settings, die weit über logotherapeutische Interventionen hinausreichen; auch die Vorbehalte gegen die Selbsterfahrung des Therapeuten wurden aufgegeben.

4.5 Verhaltenstherapie

Eine enorm einflußreiche Strömung in der Psychotherapie stellt die *Verhaltenstherapie* dar. Sie umfaßt eine Reihe von Verfahren, deren lerntheoretische Fundierung bis an den Anfang unseres Jahrhunderts zurückreicht. Die praktische therapeutische Anwendung setzt ab den fünfziger Jahren ein und hat sich seit damals weitreichend ausdifferenziert und systematisiert. Zusätzlich zur Verhaltens-, Problem- und Lernorientierung sind dabei auch interne Prozesse in das

Blickfeld geraten, was die „kognitive Wende“ in der Verhaltenstherapie markiert (vgl. den Beitrag von Parfy in diesem Band).

4. 6 Systemische Psychotherapie

Eine eminent wichtige Rolle spielt in der Psychotherapie der Gegenwart die *systemische Psychotherapie*, die ebenfalls mehrere recht unterschiedliche Ausrichtungen umfaßt. Aus der Praxis der Familientherapie entstanden, geht es darum, in relativ kurzer Zeit neue, hilfreichere Sichtweisen hinsichtlich eines Problems zu kreieren. Der Brennpunkt liegt dabei eindeutig auf Ressourcen, Lösungen und Zukunftsorientierung (vgl. den Beitrag des Wiener Instituts für Ehe- und Familientherapie in diesem Band).

4. 7 Integrative Psychotherapie

Integrative Therapieansätze werden von vielen als die Zukunftsperspektive der Psychotherapie angesehen. Allgemein anerkannte Prinzipien verschiedener Schulen sollen aufgrund empirischer Bestätigung zu einer neuen Qualität veredelt werden, in der Absicht, die kostbarsten Ingredienzien aus anderen Ansätzen zu einer neuen, noch reichhaltigeren und letztlich eigenständigen Mischung zu erheben.

Integrative Therapie (nach Hilarion Petzold)

Dieser methodenumspannende Entwurf trachtet unter Berufung auf empirische Ergebnisse, den Menschen in seiner körperlichen, emotionalen, kognitiven und sozialen Dimension einzubeziehen. Petzold hat dafür zu Beginn der neunziger Jahre (1991, 1992, 1993) die philosophischen Grundlagen, die theoretische Fundierung in der klinischen Praxis sowie praxeologische Konzepte vorgestellt.

In der Integrativen Therapie wird der Mensch als schöpferisches, gestaltendes Wesen gesehen, das zur personalen Identität fähig ist, weiters die gewichtige Rolle der Intersubjektivität (Ko-respondenz) während der gesamten Lebenszeit betont. Auf diesen anthropologischen Grundformeln fußt ein Theorienfundament für die Anwendung in der klinischen Praxis unter Einschluß tiefen- und entwicklungspsychologischer (Säuglingsforschung) sowie kognitions-, emotions- und handlungstheoretischer Konzepte: So wird die interpersonale Beziehung als Ko-existenz und soziale Angewiesenheit verstanden und die Eingebundenheit in das soziale und ökologische Gefüge als Kontext beachtet. Mit dem Konzept der

70 Geschichte, Paradigmen und Methoden

Lebensspanne wird die Bedeutung des gesamten Lebensverlaufs, aller Altersstufen und der verschiedenen Zeitperspektiven hervorgehoben. Als pathogenetische Faktoren werden Entwicklungsschädigungen (Traumata als Überstimulierung, Defizite als Unterstimulierung, Störungen als unbeständige Stimulierung und Konflikte als gegenläufige Stimulierung), belastungskumulierende Ereignisketten sowie die Repression der Expression erachtet. Demgegenüber wird auch der Einfluß protektiver Faktoren in ihrer Funktion als „Schutzschilder“ akzentuiert, die eine Verminderung des Risikos durch schädigende Belastungen bewirken, sowie die Salutogenese, d. h. die gesundheitsfördernde Perspektive.

In der praktischen Ausrichtung werden die „aktive Psychoanalyse“ nach Ferenczi, kognitiv-behaviorale, erlebnisaktivierende Verfahren (Psychodrama, Gestalttherapie) und Arbeit mit kreativen Medien (Kunst- und Musiktherapie), Bewegung (Integrative Leib- und Bewegungstherapie) und Entspannung verbunden angewandt. Zentrale Leit- und Zielrichtungen sind die Beziehungsperspektive, Problemlösung und Verhaltensänderung, Sinnstiftung sowie persönliche Souveränität.

Vier „Wege der Heilung und Förderung“ sind zu beschreiten:

1. Der konfliktzentriert-aufdeckende Weg ist auf Einsicht in bzw. Bewußtmachung und Sinnhaftigkeit der Probleme ausgerichtet.

2. Vertrauensbildung und korrigierende emotionale Erfahrung im Rahmen der therapeutischen Beziehung fördern emotionale Differenzierung und Nachsozialisation.

3. Die therapeutische Arbeit und Beziehung als Experimentier- und Übungsfeld zielt über Erlebnisaktivierung, z. B. im Rollenspiel und über kreative Medien, darauf ab, neue Erfahrungen, den Erwerb von Handlungsalternativen und die Entwicklung von Ressourcen (z. B. kreatives Potential) zu ermöglichen.

4. Über die therapeutische Situation hinaus wird sozusagen aus einer exzentrischen Sicht – vor allem mit der Beachtung des sozialen Netzwerkes der Klienten – die systemisch-gesellschaftliche Perspektive in den Blick genommen.

Als methodenintegrativer und mehrperspektivischer Ansatz beansprucht die Integrative Therapie ein weites Anwendungsspektrum in bezug auf Störungsformen, Zielgruppen, Setting und Ausformung (z. B. Kinder-, Gruppen-, Bewegungs-, Kreativtherapie).

Neurolinguistisches Programmieren (NLP)

Ausgehend von der Frage, welche Fähigkeiten und Begabungen in der psychotherapeutischen Arbeit von anerkannt wirkungsvollen Therapeuten den

Ausschlag geben, wurden von den Amerikanern Richard Bandler und John Grinder (Bandler & Grinder 1988) so berühmte und „begnadete“ Therapeutenpersönlichkeiten wie die Familientherapeutin Virginia Satir, der Hypnotherapeut Milton Erickson und der Begründer der Gestalttherapie Fritz Perls beobachtet, um die Struktur ihrer subjektiven Erfahrungen zu erfassen. Die daraus abgeleiteten Erkenntnisse wurden, bereichert um neurologische, linguistische und verhaltenstherapeutische Konzepte, zu einem integrativen Ansatz erweitert, der neben anderen Einsatzbereichen (z. B. Kommunikationstrainings, Beratungssektor) auch in der Psychotherapie zur Anwendung gelangt. Im Vordergrund stehen – in Affinität zu den anthropologischen Prämissen der lösungsorientiert-systemischen und lösungsorientiert-hypnotherapeutischen Richtung – konstruktivistische Grundannahmen: die Annahme von individuellen Weltbildern, die sich auch auf subjektive sinnesbezogene, *neurologische* Wahrnehmungs- und *linguistische* (Sprach-)Muster zurückführen lassen; weiters die Annahme, daß jedem Symptom eine „gute Absicht“ zugrunde liegt und dieses, wenngleich oft einschränkend, störend und unerwünscht, eine sinnvolle Bedeutung hat und mit innerer Wertschätzung als Ressource genützt werden kann; schließlich die Überzeugung, daß konstruktive Lösungen ohne ‚tiefe‘ analytische Auf- und Durcharbeitung und ohne kathartische Erlebnisintensivierung möglich sind. Es werden zielorientierte Wege gesucht, die unter Nutzung von Trance und Imagination sowie linguistischer und kognitiver Interventionen im Sinne von Erweiterungen des Wahrnehmungs- und Sprachrepertoires die Wahrscheinlichkeit erhöhen, daß neue Wahlmöglichkeiten ausgeschöpft und geeignetere Lösungsstrategien eingeschlagen, d. h. alternative „Programme“ (als Landkarten und Muster) entworfen bzw. aktiviert werden.

Die therapeutische Beziehung ist dabei auf den „Rapport“ angewiesen, jene wechselseitige emotional geprägte Verbindung auf sprachlicher wie nicht-sprachlicher Ebene, die sich zwischen den beiden Interaktionspartnern einstellt. Dazu ist es wesentlich, mit dem geeigneten Repräsentationssystem zu arbeiten: Die Theorie des Neurolinguistischen Programmierens geht davon aus, daß die Wahrnehmung der Welt mittels verschiedener Sinneskanäle (visuell, auditiv, taktil, olfaktorisch, gustatorisch) erfolgt und über das Sprachsystem repräsentiert wird. In der therapeutischen Arbeit stimmt sich der Psychotherapeut auf das jeweils beim Klienten vorherrschende (primäre) bzw. aktuelle Repräsentationssystem ein, indem er z. B. den verbal-sprachlichen (etwa visuell-bildhafte Schilderung) oder körpersprachlichen Ausdrucksmodus (z. B. sich vor- oder zurücklehnen) aufgreift. Dies kann zugleich Ausdruck des Rapports sein wie auch diesen verstärken. Der Klient kann sich seiner jeweiligen Ressource bedienen, der Psychotherapeut mag dadurch die Erfahrungsebene des Klienten besser nachvollziehen können.

72 Geschichte, Paradigmen und Methoden

Für die Praxis ergeben sich einige spezielle Interventionsstrategien:

→ *Ankerteknik*: Nach dem Prinzip der klassischen Konditionierung wird ein sinnesspezifischer, positiv besetzter Reiz, etwa ein sprachlicher Begriff oder ein leiblicher „Anker“ (in Form einer spürbaren Druckempfindung), mit einem als problematisch definierten Denk- bzw. Verhaltenselement verknüpft. So können im Sinne eines bedingten Reflexes Ressourcen, mitunter sehr komplexe Erinnerungen und Zustände, aktiviert und in den Problemkontext eingebracht werden, wodurch sich die als Problem erlebte Situation verändern kann und brauchbare Alternativen entstehen können. Umgekehrt können Anker aktiviert werden, um den Problemzustand gleichsam absichtlich herbeizurufen und diesen dann gezielt zu bearbeiten.

→ *Parts*: Unter der Annahme, daß einzelne Verhaltensweisen von einem Teil (Subsystem) der Gesamtperson gesteuert werden, können innere Konflikte und Ambivalenzen als Widerstreit und Lösungsversuche verschiedener „Teilpersönlichkeiten“ interpretiert werden. Auch hier geht es darum, die verschiedenen Strebungen als Ausdruck innerer Ressourcen in wertschätzender Haltung mit dem Ziel einer ökologischen Integration aufzugreifen.

→ *Reframing* (Umdeutung): Über das Umschalten zu einem neuen Bezugsrahmen, z. B. die Umwertung „negativer“ Erinnerungen oder auch durch die Einbringung von Metaphern, können neue Sichtweisen (etwa Probleme als Ressourcen zu sehen) oder passendere Alternativen erzeugt werden.

→ *Strategiearbeit*: Spezifische Denkmuster (innere Repräsentationen) werden formal und sequentiell dargestellt und nach Kriterien der Nützlichkeit umstrukturiert. Ähnlich der Arbeit am ‚Skript‘ in der Transaktionsanalyse bzw. an irrationalen Annahmen („kognitiven Fehlern“) in der verhaltensorientierten rational-emotiven Therapie wird dabei vor allem Bezug auf jene die eigene Identität betreffenden (Wert-)Annahmen und Glaubenssätze (Belief-System) genommen, die sich als unpassend und wenig produktiv bzw. wenig konstruktiv erweisen können.

Ursprünglich eher für kurzfristige Interventionen bei klar umschriebener Symptomatik gedacht, ist eine auf dem Neurolinguistisches Programmieren basierende Psychotherapie zunehmend auf längerfristige therapeutische Prozesse eingestellt.

4. 8 Ausweitungen des Settings, der Anwendungsbereiche und der Art der Symbolisierung und Medien

Neben der Psychotherapie im Einzelsetting wurde die Arbeit in der Gruppe, mit Paaren und Familien und im stationären Zusammenhang auch in Form von

therapeutischen Gemeinschaften als wertvolle Bereicherungen im psychotherapeutischen Spektrum entwickelt. All diese Settings können auf der Basis einer Vielzahl von paradigmatischen und methodischen Grundorientierungen angewendet werden. Mit der bahnbrechenden Arbeit Morenos und der Konzeptualisierung des Psychodramas wurde Mitte der dreißiger Jahre eine erste Form von theoretisch ausgewiesener Gruppenpsychotherapie ins Leben gerufen. Psychoanalytisch fundierte Modelle führten bereits in den vierziger Jahren zu ersten Modellen der Gruppenpsychoanalyse. Über die Arbeit Lewins, des Begründers der Gruppendynamik, und andere Einflüsse wurde später die Dynamische Gruppenpsychotherapie konstituiert. Mittlerweile haben fast alle etablierten psychotherapeutischen Ansätze gruppentherapeutische Modelle konzipiert (vgl. dazu Petzold & Frühmann 1986). Im besonderen sei auf die Gestalttherapie mit ihrem Schwerpunkt auf Gruppenarbeit und den Klientenzentrierten Ansatz mit seinen Encountergruppen verwiesen (vgl. die Beiträge von Schmid und Hutterer-Krisch in diesem Band).

Auch die Familientherapie und Paartherapie kennen verschiedene methodische Varianten, die sich etwa ab 1950 beginnend mit der *analytischen* Familientherapie (vertreten z. B. durch Boszormenyi-Nagy, Richter und Stierlin) entfaltet haben: die *entwicklungsorientierte* Familientherapie, hier vor allem Virginia Satir, mit einer Mischung aus humanistischen und systemischen Sichtweisen, die *behaviorale* Familientherapie, eine Kombination von systemischen und verhaltensorientierten Methoden, und insbesondere die *systemische* Familientherapie mit ihren verschiedenen Ausprägungen (strategische, paradoxe, strukturelle, ökosystemische und konstruktivistisch-narrative Konzeption) (v. Schlippe 1989; vgl. auch den Beitrag des Wiener Instituts für Ehe- und Familientherapie in diesem Band). In der Paartherapie können relativ analog dazu psychodynamische, kognitiv-behaviorale, systemisch-konstruktivistische und integrative Ansätze voneinander abgehoben werden.

Der Einsatz von Psychotherapie mit bestimmten Zielgruppen hat spezifische Eigenheiten und Modifikationen der Standardtechniken z. B. im Rahmen der Kinderpsychotherapie, Gerontopsychotherapie, Sexualtherapie, Psychosenpsychotherapie oder Drogentherapie mit sich gebracht. Unabhängig von der jeweils methodischen Ausrichtung ergeben sich vielfach methodenübergreifende Schwerpunkte, die durch die Eigenart der Personengruppe, mit der gearbeitet wird, bedingt sind.

Körperpsychotherapie und Bewegungstherapie

Die Einbeziehung des Körpers in die psychotherapeutische Arbeit findet grundsätzlich seit den Anfängen der Psychotherapie und in allen Richtungen

74 Geschichte, Paradigmen und Methoden

mehr oder weniger Beachtung. Im engeren Sinn sind aber unter Körperpsychotherapien jene Ansätze gemeint, die das körperliche Empfinden und den körperlichen Ausdruck der Klienten absichtlich durch gezielte Anstöße in Form von Wahrnehmungs- und Sensibilisierungshinweisen in den Mittelpunkt des Interesses rücken oder am Körper in Form von mehr oder weniger systematischem Körperkontakt intervenieren (Maul 1991).

Wilhelm Reich, ursprünglich Psychoanalytiker, wandte seine Aufmerksamkeit ab etwa Mitte der dreißiger Jahre körperlichen Phänomenen zu, im besonderen muskulären Verspannungen, die er als Körperpanzer in enger Verflechtung mit charakterlichen Strukturen sah. Mit der Beachtung der körperlichen und funktionellen Ebene, insbesondere des Atems, mit der Einbeziehung körperlicher Kontaktnahme als therapeutisches Mittel und dem Wechsel von der Couch auf die Matte wurde Wilhelm Reich, der auch umfangreiche Forschungen zum Nachweis einer von ihm angenommenen Lebensenergie (Orgon) betrieb, zum Urvater der Körperpsychotherapie (vgl. auch den Abschnitt *Von der Beachtung des Leiblichen zu körpertherapeutischen Methoden* im Beitrag von Datler & Stephenson in diesem Band), innerhalb derer sich heute drei Hauptströme erkennen lassen:

→ ein (neo)reichianischer Zweig, der sich am Reichschen Energiemodell orientiert und den Energiefluß, die vegetative Lebendigkeit sowie muskuläre Spannungen in den Mittelpunkt des Interesses rückt; hier sind die Charakteranalytische Vegetotherapie (nach Reich), die Bioenergetische Analyse (nach Lowen) und die Biodynamische Psychotherapie (nach Boyesen) sowie Radix (nach Kelly) und Core-Energetik (nach Pierrakos) einzureihen.

→ die Ausrichtung auf Körpererkundung und Körperbewußtheit, wie sie – in der Nachfolge von Elsa Gindler – in bewegungsorientierten Ansätzen wie der Konzentrativen Bewegungstherapie (siehe unten) betont wird, und

→ die analytisch orientierte Körperpsychotherapie mit ihrem Fokus auf der Beziehungsebene, d. h. auf der Übertragungs-Gegenübertragungs-Dynamik unter Verweis auf Pioniere einer Körperorientierung innerhalb der psychoanalytischen Bewegung (Ferenczi, Balint, Winnicott), wie sie z. B. von Heisterkamp, Moser und Berliner vertreten wird (vgl. Geissler 1997).

Das Aufkommen der Bewegungstherapien in den vierziger und fünfziger Jahren bezeichnet einen weiteren Ansatzpunkt für psychotherapeutisches Wirken. In erster Linie sind darunter die Konzentrativen Bewegungstherapie und die Integrative Bewegungstherapie sowie die Bewegungsanalyse (nach Rick) und die Tanztherapie zu nennen:

Die *Konzentrativen Bewegungstherapie* geht auf die Arbeit des Münchner Psychiaters Helmut Stolze in den fünfziger Jahren zurück und speist sich aus tiefenpsychologischen und entwicklungspsychologischen Quellen (Stolze 1989). Die thera-

peutische Arbeit bezieht sich vor allem auf das leibliche Erleben und Wahrnehmen in handelnder (bewegter) Verdichtung („Konzentration“) früherer (präverbaler) Erfahrungen. Dabei ist die therapeutische Beziehung auch als Handlungs- und Körperdialog konzipiert, der das Körperbild ausleuchtet, und schließt die körperliche Berührung unter Beachtung des Übertragungs-Gegenübertragungs-Modells ein. Ein Merkmal der Arbeit ist die Verwendung von Gegenständen wie Stab, Ball, Seil und Tüchern sowie von Steinen, Muscheln und dgl. zur Symbolisierung von (Kontakt-)Erfahrungen, die Klienten mit diesen (Übergangs-)Objekten machen, die auch Symbole für Personen oder Gefühle und Mittel zur szenischen Gestaltung sein können (Pokorny, Hochgerner & Cserny 1996).

Die *Integrative Bewegungstherapie* ist im Rahmen der Integrativen Therapie (siehe dort) entwickelt worden und findet u. a. in Psychiatrie und Psychosomatik Anwendung.

Tanztherapie ist ein Überbegriff für verschiedene Versuche (z. B. Chace, Schoop, Whitehouse, Espenak, um einige Pioniere zu nennen), Tanz mit seinen Ausdrucksqualitäten als therapeutisches Mittel einzusetzen. Auch hier kann einerseits die Erfahrung als solche bereits heilsame Wirkung entfalten, darüber hinaus eignet sich dieses Medium aufgrund der damit verbundenen Bewegungs- und Körpererfahrung zur vertiefenden Selbsterfahrung und vor allem auch in seiner Kommunikationsfunktion für Beziehungsarbeit. Tanztherapie wird u. a. in psychiatrischen Kliniken und in sonderpädagogischen Einrichtungen angeboten und kann ergänzend zu einzelnen psychotherapeutischen Ansätzen Einsatz finden.

Die von Cary Rick (1996) ausgehend von tanztherapeutischen Ansätzen begründete *Bewegungsanalyse* stellt – auf psychoanalytischer und bindungstheoretischer Grundlage – auf das Körperkonzept des sich bewegenden Klienten ab, wobei Bewegung in ihren vielfältigen Formen als Medium der Symbolisierung betrachtet wird. Von musikalischer oder rhythmischer Untermalung bzw. Impulsgebung wird im Gegensatz zur Tanztherapie aber abgesehen, weil die Eigenrhythmik der Klienten nicht überspielt bzw. verzerrt werden soll.

Kreativitätsorientierte Ansätze

Das Phänomen „Kreativität“ hat die Aufmerksamkeit einiger Gründerpersönlichkeiten der Psychotherapie sowohl in theoretischer wie in praktischer Hinsicht erweckt (z. B. Jung, Moreno, Rogers). In der psychotherapeutischen Praxis bedeutet Kreativitätsorientierung in erster Linie den Einsatz von kreativen Medien, was in Verbindung mit mehr oder weniger allen bekannten psychotherapeutischen Verfahren erfolgen kann. So hat C. G. Jung das Zeichnen oder Malen von Bildern als ergänzende Technik eingesetzt, und auch beispielsweise in der Kata-

76 Geschichte, Paradigmen und Methoden

thym Imaginativen Psychotherapie und in der Autogenen Imagination, einer Variante der Oberstufe des Autogenen Trainings, wird von diesen Möglichkeiten Gebrauch gemacht. Im engeren Sinn geschieht das Ansprechen des kreativen Potentials vor allem im Rahmen der *Kunsttherapie* und *Musiktherapie* – mit jeweiligem methodentheoretischem Hintergrund. Hier ist es vor allem das Nützen des kreativen Ausdrucks als aktive Gestaltung (Musizieren, Materialgestaltung). Daneben kann das kreative Medium aber auch dahingehend genützt werden, daß es Eindruck beim „passiven“ Klienten erzeugt und damit wertvolle Anstöße für therapeutische Prozesse geben kann (Rezeptive Musik- bzw. Kunsttherapie).

Je nach Zielsetzung und Aufgabenverständnis ergeben sich unterschiedliche Perspektiven: Kreative Gestaltung kann eine diagnostische, entspannende oder auch übende und verhaltensfördernde Funktion haben, aber auch eine Ich-stärkende, erlebnisaktivierende und kathartische Wirkung. Schließlich kann die Ebene des kreativen Vollzugs als aufdeckende Symbolbetrachtung des Entstehungsprozesses wie auch der Produkte im Kontext der therapeutischen Beziehung auch – gerade durch die vorsprachliche Qualität – unbewußte Prozesse erschließen.