

Psychotherapeutische Modelle und ihre Wirkfaktoren

Interventionen von sechs psychotherapeutischen Verfahren im Vergleich

Markus Frauchiger, Bern

<http://www.psychologische-beratung-bern.ch>

Diese Forschungs-Studie über spezifische und unspezifische Wirkfaktoren in der Psychotherapie wird Ihnen kostenfrei zur Verfügung gestellt. Damit sich trotzdem ein „Geben-und-Nehmen“, also ein Austausch zwischen Ihnen als LeserIn und dem Autor ergibt, sind einige Links zu Beginn und ein paar Buchwerbungen im Text integriert, um auf diesem Wege eine kleine Re-Finanzierung zu ermöglichen.

Das Kaufen von Büchern über Amazon per Direktlink aus diesen PDF-Files heraus oder aus einem der Angebote auf u.a. www.integrative-therapie.ch, ermöglicht dem Autor eine kleine Beteiligung von 5% des Verkaufspreises.

Das sog. „LIKEN“ auf Facebook erhöht die Popularität des Gedankenguts und der Tätigkeiten des Autors (Psychotherapeut in Bern), was Folgeaufträge zur Folge haben kann.

Die Linkliste am Anfang der vier Teile erhöht das „Verlinkungs-Ranking“ bei den einschlägigen Suchmaschinen.

Möchten Sie statt „Likes und Links“ lieber auf freiwilliger Basis etwas spenden, dann steht Ihnen das folgende Postcheque-Konto zur Verfügung: 30-108269-3, M. Frauchiger, CH-3097 Liebefeld bei Bern

Vielen Dank für Ihre aktive Unterstützung!

Markus Frauchiger

Links zu den Wirkfaktoren der Psychotherapie:

Psychotherapeutische Modelle und ihre Wirkfaktoren - Interventionen von sechs psychotherapeutischen Verfahren im Vergleich - Theorieteil - PDF Version

Psychotherapeutische Modelle und ihre Wirkfaktoren - Fragestellungen - PDF Version

Psychotherapeutische Modelle und ihre Wirkfaktoren - Ergebnisse - PDF Version

Psychotherapeutische Modelle und ihre Wirkfaktoren - Schlussteil - PDF Version

Psychotherapeutische Modelle und ihre Wirkfaktoren - Interventionen von sechs psychotherapeutischen Verfahren im Vergleich - Online Version

Forschung und Metatheorie - Anmerkungen zu wissenschaftstheoretischen Positionen

Psychotherapie zwischen Wertkritik und Narzissmus - Online Materialsammlung 2012

Literatur zur Forschungsarbeit "Wirkfaktoren der Psychotherapie" von Markus Frauchiger, Bern

Psychotherapie Bern - Markus Frauchiger, Psychotherapeut FSP

Psychotherapie Bern - Markus Frauchiger, Psychotherapeut FSP - Facebook

Psychotherapie Bern - Markus Frauchiger, Psychotherapeut FSP

Integrative Therapie Online - Alles zu Prof. Hilarion Petzold und Psychotherapie

Integrative Therapie Online - Bücher

[Coaching und Supervision in Bern - Markus Frauchiger, Psychotherapeut FSP](#)

Materialien zur Integrativen Therapie nach Prof. Hilarion Petzold - IT Schweiz:

[Integrative Therapie Online - Volltextsammlung zur Psychotherapie](#)

[Integrative Therapie Online - Zeitschrift, herausgegeben von Prof. Dr. mult. Hilarion Petzold](#)

[Integrative Therapie Online - Physische Soziale Netzwerke](#)

[Integrative Therapie Online - Praxeologien in der körperorientierten Psychotherapie](#)

[Emotionsregulation in der Integrativen Gestalttherapie nach Leslie Greenberg, Toronto](#)

[SASB - eine Forschungsmethode für das menschliche Sozialverhalten](#)

[Forschung in der Gestalttherapie und Integrativen Therapie](#)

[Krisenintervention aus Sicht der Integrativen Therapie](#)

[Stationäre integrative Gruppenpsychotherapie](#)

Materialien zur Integrativen Therapie nach Prof. Hilarion Petzold - IT Deutschland:

[Materialien zur Integrativen Therapie nach Prof. Hilarion Petzold](#)

[Integrative Therapie Online Schweiz](#)

[Integrative Therapie Online - Entwicklung, Wachstum und Spiritualität](#)

[Integrative Therapie Online - Methoden der Psychotherapie](#)

Diverse Themen:

[Integrative Therapie Online Schweiz](#)

[Gestalttherapie Online Schweiz](#)

[Krisenintervention im Gruppensetting - Markus Frauchiger, Bern](#)

[Bücher aus allen Bereichen der Psychologie und Psychotherapie](#)

[Integrative Therapie und Psychotherapie Online - Prof. Hilarion Petzold und lic.phil. Markus Frauchiger](#)

[Verlag Petzold & Sieper](#)

[25 Jahre DJ Markus F in Bern](#)

[25 Jahre DJ Markus F in Bern - Facebook](#)

[Tanzvirus Bern - DIE Berner Barfussdisco!](#)

Psychotherapeutische Modelle und ihre Wirkfaktoren

Interventionen von sechs psychotherapeutischen Verfahren im Vergleich

Lizentiatsarbeit

von

Markus Frauchiger, Bern

eingereicht bei:

Prof. Dr. phil. Klaus Grawe und

Prof. Dr. phil. Andreas Blaser

Juni 1997

Zusammenfassung (Abstract)

Nach einer Einordnung dieser Arbeit in der aktuellen Psychotherapie-Forschung werden, ausgehend von einem „Modell der therapeutischen Wirksamkeit“ (erweitert nach Blaser 1992), in einem ersten Teil die Ebenen a) der Wirkfaktoren, b) der Metatheorie, c) der Strategien und Methoden und d) der Interventionen besprochen.

Letztere bilden das Hauptthema im zweiten, empirischen Teil, wo psychotherapeutische Interventionen aus sechs verschiedenen Psychotherapie-Richtungen (Psychoanalyse, Interaktionelle Verhaltenstherapie, Gesprächspsychotherapie, Problemorientierte Therapie (Blaser), Integrative Therapie (Petzold) und die Allgemeine Psychotherapie (Grawe) miteinander verglichen werden.

Die Fragestellungen dabei sind a) wie gross ist der Anteil sog. „unspezifischer“ Faktoren in der Therapie-Praxis, b) wieviel Gemeinsamkeit in den Interventionen gibt es zwischen Therapeuten und Therapie-Richtungen sowie c) stimmen Therapie-(Meta)-Theorie und ihre Anwendung in der Art und Häufigkeit der Interventionen überein.

Hypothetisch wird davon ausgegangen, dass Therapeuten in der Praxis überwiegend eklektisch und schulen-übergreifend arbeiten, obwohl sie in der Ausbildung meist schulspezifische Werkzeuge in die Hand (bzw. in den Mund) bekamen.

Methodische Grundlage ist ein 10-er Kategoriensystem (nach Blaser), welches im Video-Rating-Verfahren auf einzelne Sitzungsausschnitte angewendet wird.

Im letzten Teil schliesslich wird versucht, die empirischen Ergebnisse mit den theoretischen Ueberlegungen des ersten Teils zu verknüpfen, wobei eine Integrative Orientierung in der Praxis, der Theorie und insbesondere auch in den Forschungsgrundlagen, angestrebt wird. Nebst den Schwierigkeiten und Grenzen der Integration wird die Notwendigkeit einer Erweiterung des kognitiv-informationsverarbeitenden Paradigmas postuliert.

Inhaltsverzeichnis

0	Zusammenfassung (Abstract)	1
1	Einleitung	3
2	Einführung in die Fragestellungen	4
2.1	Psychotherapie-Forschung	5
2.1.1	Outcome Studien	
2.1.2	Prozess-Forschung	
2.1.3	Process-Outcome Studien	
2.1.4	Meta-Analysen	
2.2	Wirkfaktoren	11
2.2.1	Das 5-Ebenen-Modell	
2.2.1.1	Spezifisch versus unspezifisch	
2.2.2	Modelle zu den unspezifischen Wirkfaktoren	14
2.2.2.1	Rogers: Basisvariablen	
2.2.2.2	Frank: Universelle Wirkfaktoren	
2.2.2.3	Garfield	
2.2.2.4	Karasu	
2.2.2.5	Bandura: Self-efficacy	
2.2.2.6	Textor: Nichtspezifische Behandlungsfaktoren	
2.2.3	Wirkfaktoren in verschiedenen Psychotherapieverfahren	16
2.2.3.1	Die vier Wirkprinzipien nach Grawe	
2.3	Modelle der Psychotherapie	19
2.3.1	Grundkonzepte und Metatheorien der Psychotherapie	
2.3.1.1	Psychodynamisches Modell	
2.3.1.2	Behaviorales Modell	
2.3.1.3	Kognitives Modell	
2.3.1.4	Humanistisch-existentielles Modell	
2.3.1.5	Biologisches Modell	
2.3.1.6	Systemisches Modell	
2.4	Integrative und eklektische Modelle der Psychotherapie	25
2.4.1	Entstehung und Entwicklung von psychologischen Theorien	
2.4.2	Integration, Eklektizismus und Common Factors	
2.4.2.1	Andreas Blaser: Problemorientierte Therapie POT	
29		
2.4.2.2	Klaus Grawe: Allgemeine Psychotherapie APT	
2.4.2.3	Hilarion Petzold: Integrative Therapie IT	
3	Fragestellungen und Hypothesen	41
3.1	Hypothesen und Annahmen	
3.1.1	Allgemeine Hypothesen	
3.1.2	Spezifische Hypothesen	
3.2	Therapeutenmerkmale	
3.3	Theorie-Praxis-Bezug	
4	Durchführung	44
4.1	Methodisches Vorgehen	
4.1.1	Unser Messinstrument	
4.1.1.1	Anwendung des Messinstrumentes	
4.1.2	Inter- und Intra-Rater-Reliabilität	

4.2	Versuchsplan, Datenbasis, Zeitberechnung	50
4.2.1	Versuchsplan	
4.2.2	Daten und Material	
4.2.3	Zeitplan	
4.3	Gloria-Voruntersuchung	
4.4	Häufigkeit verbaler Kommunikationsmodi	
4.5	Ueberblick über verschiene Messinstrumente	
5	Ergebnisse	59
5.1	Ergebnisse für Psychotherapieverfahren	
5.1.1	Psychoanalyse	
5.1.2	Interaktionelle Verhaltenstherapie	
5.1.3	Gesprächspsychotherapie	
5.1.4	Problemorientierte Therapie	
5.1.5	Allgemeine Psychotherapie	
5.1.6	Integrative Therapie / Gestalttherapie	
5.1.7	Gesamtergebnisse	
5.2	Ergebnisse für Interventionen	
5.3	Ergebnisse für Psychotherapeuten	
5.4	Statistische Auswertungen	70
5.4.1	Ergebnisse für Psychotherapieverfahren	
5.4.2	Ergebnisse für Interventionen	
5.4.3	Ergebnisse für Psychotherapeuten	
5.5	Gloria-Voruntersuchung	74
6	Diskussion	75
6.1	Interpretation und Diskussion der Ergebnisse	
6.1.1	Therapeutenmerkmale	
6.1.2	Theorie – Praxis – Bezug	
6.1.3	Interpersonale Muster	
6.1.4	Anmerkungen zur „richtigen Art Psychologie zu betreiben“	
	Verzeichnis der Tabellen und Abbildungen	82
7.	Literaturverzeichnis	83
8	Anhänge	92
	a) Rohdaten	
	b) Gloria – Transkripte	
	c) Forschung und Metatheorie	99

1 Einleitung

Die Gründe, Interessen und Fragestellungen für diese Lizentiatsarbeit haben sich in den letzten Jahren richtiggehend „angesammelt“. Es fliessen Inhalte ein aus den Bereichen meines Studiums an der Universität Bern (insbesondere einige sehr interessante Seminare, sowie mein Praktikum an der Praxisstelle von Klaus Grawe), aber auch an anderen Institutionen (POT-Seminare an der Psychiatrischen Poliklinik des Inselspitals in Bern und ein Praktikum an der Psychosomatischen Klinik in Grönenbach, wo eine Integration psychodynamischer und humanistischer Therapieansätze praktiziert wird) sowie meine eigene Psychotherapie-Ausbildung in Integrativer Therapie und Gestaltpsychotherapie am Fritz Perls Institut u.a. bei Hilarion Petzold.

Als Andreas Blaser mir eines Tages anbot, eine Diplomarbeit über unspezifische Wirkfaktoren zu schreiben, sah ich die Möglichkeit gekommen, in diesem Rahmen meine angesammelten Interessen unterzubringen. Ich bin sehr froh, dass einige Datensätze (aus einer abgebrochenen Arbeit) bereits vorhanden waren, sodass ich einerseits weniger zu erheben hatte und dabei erst noch eine zusätzliche Validierung und Reliabilität der Daten erreicht wurde (Inter-Reliabilität zwischen mehreren Ratern).

Es wird also deutlich, dass die Wahl dieses Diplomarbeit-Themas sehr biographisch und persönlich geprägt war. Die Begründer von drei der hier untersuchten sechs Psychotherapie-Richtungen waren und sind meine Lehrer auf dem Weg zur eigenen Praxis-Tätigkeit als Integrativer Psychotherapeut. Dass es sich bei allen dreien um ausgewiesene Experten und Pioniere im Bereiche der Integration von psychotherapeutischen Verfahren handelt, ist ein ausgesprochener Glücksfall.

Ich denke, ohne diese persönlichen Beziehungen und Verbundenheiten hätte ich mich nicht an ein so komplexes wie unübersichtliches Thema gewagt.

Die Hauptarbeit während des Schreibens bestand dementsprechend immer wieder darin, zu reduzieren, zusammenzufassen, zu kürzen, kurz: immer mehr Prägnanz zu erreichen.

Eine Folge davon ist die, dass der theoretische erste Teil sehr lang geworden ist und somit neben dem empirischen Teil einen gleichwertigen Platz einnimmt.

Integration in der Psychotherapie ist m.E. nicht nur empirisch zu erreichen (aber auch nicht nur auf theoretischer Ebene), wenn man nicht Gefahr laufen will, einem „wildem“ Eklektizismus zu verfallen, sondern in integrierender Weise die verschiedensten Ebenen zu berücksichtigen.

Die Parabel vom Elefanten, an welchem sich sieben Blinde tastend zu orientieren suchen und der eine einen Kamin vermutet (weil er nur das Bein fühlen kann), der andere aber ein grobes Blatt Papier (er hatte die Ohren erwischt), der dritte einen Schlauch (der Rüssel) u.s.w. veranschaulicht sehr schön die Begrenztheit eines jeden Ansatzes, wenn man ihn isoliert für sich genommen betrachtet.

In der Zusammenschau jedoch offenbaren sich m.E. Möglichkeiten und Fortschritte sowohl für die Forschung als auch für die Praxis. Dass es dabei auch Hindernisse und Holzwege gibt, werde ich ebenfalls thematisieren.

Markus Frauchiger
im Juni 1997
im April 1999 (Neuaufgabe)

2 Einführung in die Fragestellungen

Die vorliegende Arbeit umfasst mehrere Themen, die auch mehrere Fragestellungen erfordern.

Als umfassendes Modell für alle Themen habe ich das sogenannte „Modell der vier hierarchischen Stufen“ von Andreas Blaser und Mitarbeitern (1992) gewählt. Es bildet das Gerüst für die thematische Einbettung der verschiedenen Themen und auch für das Inhaltsverzeichnis. Dieses (von mir um eine Stufe erweiterte) Modell (siehe Kapitel 2.2.1) sieht dann so aus:

- Ebene der Theorien (Metatheorie, Grundkonzepte)
- Ebene der Strategien (Therapietheorie, Verfahren)
- Ebene der Methoden (Set von Interventionen)
- Ebene der Interventionen (Aussagen und Handlungen des Therapeuten)
- Ebene der Wirkfaktoren (spezifische und unspezifische)

Aus diesem Modell leiten sich die folgenden Themenbereiche ab:

- Wirkfaktoren, mit den Unterthemen spezifisch vs. unspezifisch
- Integrative Psychotherapieformen, mit den Unterthemen eklektisch vs. schulgebunden
- Interventionskategorien zur Erfassung verbalen Geschehens (Interventionen) in Psychotherapien
- Metatheorien und Grundkonzepte

Um vorliegende Arbeit innerhalb der Psychotherapieforschung einzubetten, beginne ich mit einem kurzen Abriss über bisher beschrittene Wege in der (empirischen) Psychotherapieforschung.

2.1 Psychotherapie-Forschung

Psychotherapieforschung ist wie die Psychoanalyse etwa 100 Jahre alt. Damals hat Freud mit dem detaillierten Studium einiger Einzelfälle begonnen. In enger Wechselwirkung zwischen Beobachtung, Theoriebildung und therapeutischen Interventionen entstanden so gleichzeitig die Psychoanalyse als Theorie über den Menschen sowie als Behandlungstechnik. In der Folge entwickelte sich die, damals vornehmlich von Aerzten ausgeübte, Psychotherapieforschung immer mehr von der Grundlagenforschung weg in Richtung **Anwendungsforschung**. Diese ist im Sinne von Herrmann (1979) technologische Forschung mit dem Ziel, möglichst effiziente Methoden für die Behandlung von Menschen mit psychischen Störungen zu entwickeln. Grawe (1982): „Unter dem **Nützlichkeitsaspekt** als Versorgungsmethoden sind Therapien daher **unabhängig von ihrem theoretischen Hintergrund** zu beurteilen“. Es leuchtet daher ein, dass „in Wirklichkeit die heutigen Psychotherapiemethoden nur in einem sehr losen Zusammenhang [stehen] mit der angeblich **zugrundeliegenden Theorie**“ (ebenda).

In der vorliegenden Arbeit geht es gerade um diesen „losen Zusammenhang“ zwischen Theorie und Praxis, also um Fragen, welche über den Nützlichkeitsaspekt hinausgehen.

Wenden wir uns nun zuerst den bisher üblichen Forschungstraditionen zu, welche sich in pragmatischer, a-theoretischer Weise auf das therapeutische Geschehen ausrichten (empirisch-nomothetisch).

Hier gibt es seit etwa 40 Jahren immer mehr Bemühungen, dem äusserst komplexen Geschehen Psychotherapie in Bezug auf Forschung gerecht zu werden.

Ausgelöst durch Eysenck (Eysenck 1952), begann eine Aera der **Legitimierung** von Psychotherapie. Es ging also zuerst ganz generell um den Nachweis irgendeines Nutzens psychotherapeutischen Schaffens, um den Nachweis von **Wirksamkeit**. Dieser Nachweis konnte erbracht werden, z.B. mit dem Hinweis auf die Spontanremission, welche weit geringer ist, als Eysenck angenommen hatte (z.B. McNeilly & Howard 1991).

Danach folgte die Phase der schulenvergleichenden Konkurrenz und Forschung, der **vergleichenden Wirkung**. Man versuchte herauszufinden, was genau in den einzelnen Richtungen und Verfahren erreicht wurde, um zu Aussagen zu gelangen, welche Therapieverfahren nützlicher sind als andere. Diese Forschungsrichtung war noch ziemlich eng verbunden mit der jeweiligen Theorie der untersuchten Therapierichtungen. Grawe, Donati und Bernauer haben 1994 die bisher grösste Metaanalyse zu dieser und anderen Fragestellungen abgeliefert.

Die Forschung zur **differentiellen Indikation** geht noch einen Schritt weiter: „welches therapeutische Vorgehen [ist] aus welchen Gründen für welche Patienten besonders geeignet“ (Grawe 1992). Hier sollte die Position der Forscher im Idealfall eine schulenunabhängige sein.

Die Therapievergleichsstudie von Grawe, Caspar und Ambühl (1989) gibt viele Hinweise zur differentiellen Wirksamkeit und Indikation, zumindest was drei Verfahren anbelangt (siehe Kapitel 2.1.1).

Die vierte grosse Fragestellung befasst sich mit den **Wirkungsweisen** von Psychotherapie, d.h. man interessiert sich für den „Weg“ der Wirksamkeit, für die Prozesse, welche innerhalb einer oder mehrerer Therapiesitzungen ablaufen (Prozessforschung).

Die aktuelle Forschung gliedert sich in die sogenannten Outcome- oder **Wirksamkeitsstudien** (welche Resultate erreicht Psychotherapie?), die **Prozessforschung** (was passiert in einzelnen Therapiestunden?) und in die Kombination davon in Form von **Process-Outcome-Forschung**, welche sich den Faktoren widmet, die zwischen Input, Prozess und Output zur Wirkung kommen.

Methodisch sind zu unterscheiden: Klinische Vergleichsstudien (zur differentiellen Indikation), Parameterstudien (einzelne Elemente werden experimentell variiert) und (kontrollierte) Einzelfallstudien (sogenannte qualitative Forschung).

Immer wichtiger werden die sogenannten **Metastudien**, welche bestehende Studien zusammenfassend darstellen. Diese wurden natürlich erst möglich und nötig, als sich genügend „Material“ angesammelt hatte, welches in solchen Ueberblickswerken in einer Gesamtschau einheitlich dargestellt werden kann.

Abbildung 1 (Seite 6) zeigt in einem Ueberblicksmodell, dem „Generic Model of Psychotherapy“ (Orlinsky, Grawe, Parks (1994), eine Erweiterung des Modells von Orlinsky und Howard (1986)), die hier und die oben genannten Forschungsbereiche sowie im speziellen die Prozess-Variablen, welche zwischen TherapeutIn und KlientIn zur Geltung kommen.

Anhand dieses Modells kann auch eine Einordnung des empirischen Teils der vorliegenden Arbeit erfolgen: die Unterkategorie „Therapist Intervention“ der Ebene „Therapeutic Operations“ in der Mitte der Abbildung 1 (auf der nächsten Seite) bildet dafür die Handlungs- und Untersuchungsebene.

Abbildung 1: „Generic Model of Psychotherapy“ (Orlinsky, Grawe, Parks 1994, p 362)

2.1.1 Outcome Studien

Die Forschung, welche sich auf die Ergebnisse oder die Wirkung von Psychotherapie bezieht, befindet sich in der paradoxen Situation, dass trotz der heute schier unzähligen, verschiedenen Psychotherapierichtungen (Corsini 1982 spricht von über 400), auf den ersten Blick keine Unterschiede in der Wirksamkeit gefunden werden konnten. Dies belegen berühmte Studien z.B. von Smith, Glass und Miller (1980) oder Luborsky, Singer und Luborsky (1985). Von Luborsky stammt die Aussage, dass alle bekannteren Therapie-Verfahren einen Preis gewonnen haben, d.h. gleich wirksam seien (sogenanntes „Dodo-Verdikt“ aus dem Märchen „Alice in Wonderland“).

Eine Studie von Strupp und Hadley (1979) demonstrierte gar, dass Laien diesselben Erfolge wie gut ausgebildete Psychotherapeuten erlangen können (siehe auch die Metaanalyse von Durlak (1979)).

Erst in neuerer Zeit konnten **differentielle Wirksamkeiten** festgestellt werden, wonach sich Therapieformen in spezifischen Bereichen sehr wohl unterscheiden. Zu dieser neuen Generation von Outcome-Studien gehört die folgende Therapiestudie, welche ich stellvertretend für andere hier erwähnen möchte.

- Die Berner Therapievergleichsstudie (Grawe, Caspar, Ambühl 1990)

Diese (mittlerweile klassische) Studie hat zum Ziel, die drei Therapieformen „Interaktionelle Verhaltenstherapie“ (siehe auch diese Arbeit), „Breitband-Verhaltenstherapie“ (eine „klassische“ Form) und die Gesprächspsychotherapie (nach Rogers) miteinander zu vergleichen.

Es konnte nachgewiesen werden, dass das von Luborsky postulierte „Dodo-Verdikt“ (oder auch „Äquivalenzparadoxon“ (Stiles 1986)), wonach alle Psychotherapieformen wirksam seien, so nicht stimmt. Es liegen vielmehr differentielle oder „polyvalente“ (Petzold 1993) Wirksamkeiten vor.

Die vier herausgearbeiteten Heuristiken (reflektierende Abstraktion, Emotionsverarbeitung, Kompetenzerweiterung und Beziehungsgestaltung) werden unterschiedlich eingesetzt. Mehr noch: „Die meisten der empirisch gefundenen Unterschiede stimmen gut mit den Konzepten der jeweiligen Therapieformen überein“ (S. 335). Dieser Theorie-Praxis-Bezug ist auch Gegenstand der vorliegenden Arbeit.

Dabei schneidet insbesondere der **interaktionale** Therapieansatz in verschiedenen Bereichen besonders gut ab. Darauf haben ja z.B. auch L.S. Benjamin und viele andere mehrfach hingewiesen. Hier liegt nun aber ein empirischer „Beweis“ dieser Hypothesen vor.

Das Fazit der Berner Forschungsgruppe: „Wir interpretieren die Ergebnisse dieser Untersuchung in erster Linie als einen Hinweis darauf, dass **Flexibilität im Beziehungsverhalten** und im technischen Vorgehen zu den wichtigsten Qualitäten eines erfolgreichen Psychotherapeuten gehören. Durch die **Schulenorientierung** im Bereich der Psychotherapie wird die Entwicklung dieser Qualitäten nicht gefördert, sondern eher behindert. Für die Verbesserung der gesellschaftlichen Dienstleistung „Psychotherapie“ wäre es wichtig, **theoretische Konzepte und Ausbildungsformen** zu entwickeln, die diese **therapeutischen Qualitäten** systematisch fördern“ (a.a.O. S. 375).

Ein konkretes Ergebnis aus dieser Studie ist die an der Praxisstelle für Psychotherapie der Universität Bern entwickelte und angewendete „Messbatterie“ zur individuellen **Fallkonzeption** und Therapie-Evaluation (Outcome-Messung) von Psychotherapie-Klienten.

In neuerer Zeit wird diese, nach empirisch-nomothetischen Gesichtspunkten zusammengestellte, Messvorgehensweise im Rahmen des **Qualitätsmanagements** diskutiert. Dass es m.E. dringend notwendig ist, diese quantitative und naturwissenschaftliche Vorgehensweise durch hermeneutisch-qualitative Messmethoden zu ergänzen, ist dem Schlussteil dieser Arbeit zu entnehmen (Kapitel 6.2). Sonst droht der Psychotherapie eine Einverleibung „von aussen“ durch Juristen, Gesundheitspolitiker und Mediziner, welche mehrheitlich einer Optimierung und Technologisierung das Wort reden. Es ist also an uns Psychologen, die **humanistischen und geisteswissenschaftlichen Werte** zu fördern, wenn wir nicht zu **Psycho-Technikern** werden wollen ! (vgl. Schlussteil dieser Arbeit).

Nichtsdestotrotz bildet diese „Messbatterie“ einen Fortschritt, welcher aber wie gesagt Ergänzungen bedarf.

Diese im folgenden aufgelisteten Fragebogen werden meistens zu vier verschiedenen Messzeitpunkten (prä, post, follow up I und II) den Klienten zum Ausfüllen vorgelegt. Die Liste der zehn Messbereiche sieht folgendermassen aus (Grawe & Braun 1994):

1. Globale Erfolgsbeurteilung (mittels Effektstärken)
2. Individuell definierte Problematik oder Symptomatik (GAS)
3. Objektive Symptomatik oder Problematik (SCL-90 R)
4. Sonstige Befindlichkeitsmasse (EMI, U-Fragebogen etc.)
5. Veränderungen im Persönlichkeits- oder Fähigkeitsbereich (z.B. FPI, MMPI)
6. Veränderungen im zwischenmenschlichen Bereich (GT-S und GT-F)
7. Veränderungen im Freizeitbereich (z.B. VEV)

8. Veränderungen im Arbeits- und Berufsbereich
9. Veränderungen im sexuellen Bereich
10. Veränderungen in psychophysiologischen Massen

Tabelle 1: „**Messbatterie**“ zur Erfassung von Veränderungen (nach Grawe & Braun 1994)

Nebst der Psychotherapeutischen Praxisstelle der Uni Bern wird eine solche (oder ähnliche) Messbatterie z.B. auch am Psychiatriezentrum Oberwallis in Brig (Anthenien/Grünwald 1996) und an der Privatklinik Wyss in Münchenbuchsee (mdl. Mitteilung Urban Scherer 1997) angewendet.

- Die „Tempel Studie“ von Sloane et al. (1975)

Diese klassische Psychotherapie-Vergleichsstudie erwähne ich, weil sie inhaltlich bereits auf vieles Bezug nimmt, das für diese Arbeit hier wesentlich ist: beim Vergleich von Verhaltenstherapien und Psychoanalytischen Therapien fanden diese amerikanischen Forscher u.a. heraus, dass viele Psychotherapeuten a) sich **nicht schulenkonform verhielten**, b) durch ihre Klienten „geformt“ wurden und c) Verhaltenstherapeuten von den Klienten empathischer und einfühlsamer erlebt wurden als die Psychoanalytiker, obwohl gemäss **Therapie-Theorie** das Gegenteil erwartet werden müsste.

Ueberraschend ist auch der Befund, dass Patienten den an sich selber erlebten Therapieerfolg nicht auf die spezifische Technik zurückführen, sondern auf **allgemeine Faktoren** wie: Persönlichkeit des Therapeuten (siehe Kapitel 6.1.1), seine Ermutigungen, sein „offenes Ohr“, seine Hilfe auf dem Weg zu besserer Selbsterkenntnis usw.

2.1.2 Prozess-Forschung

Da die generelle Fragestellung nach allgemeiner Wirksamkeit sich als zu grob und wenig ergiebig erwiesen hat, versuchen neuere Forschungsansätze mehr ins Detail zu gehen und es wird herauszufinden versucht, was sich in (einzelnen) psychotherapeutischen Sitzungen genau ereignet. Dies beinhaltet verbales, aber auch non-verbales Geschehen und insbesondere die Interaktion zwischen Therapeut und Klient. Die vorliegende Untersuchung gehört zu diesem Typus. Auch hier möchte ich ganz kurz ein paar Beispiele erwähnen, welche für vorliegende Arbeit von Interesse sind.

- SASB (Structural Analysis of Social Behavior)

Historisch entstand dieses Verfahren in den fünfziger Jahren mit der Entwicklung des „Interpersonal Circle“ durch Timothy Leary. In 8 Clustern wurde interaktionelles Verhalten beschrieben (von submissiv zu dominant und von freundlich-zugeneigt zu feindselig-ablehnend). In einem sog. Circumplex-Modell werden alle Cluster kreisförmig angelegt. Ueberarbeitungen von Kiesler (1982) und v.a. von Lorna Smith Benjamin (bereits 1974 und 1994) führten zur heutigen vielverwendeten und auch vielversprechenden Form zur **Erfassung interaktionalen Verhaltens**. Eine sehr gute deutschsprachige Einführung in SASB hat Wolfgang Tress (1993) herausgegeben.

Es gibt zwei Anwendungsmöglichkeiten: a) Interaktionsmessung mittels Fragebogen (sog. SASB Intrex) und b) das Beobachtungssystem SASB (M. Grawe-Gerber/Benjamin 1989).

In einer anderen eigenen Arbeit stelle ich die SASB-Konzeption (insb. die Intrex-Variante) ausführlich dar (Frauchiger 1997a, 2te Auflage).

Abbildung 2: Die Strukturele Analyse Sozialen Verhaltens (SASB). Das Circumplex-Modell

- Verhaltensbeobachtung

In diesem Verfahren werden meist mittels Rating-Bogen bzw. Kategoriensystemen entweder in vivo oder mit Hilfe von Video-, Tonbandaufzeichnungen oder Transkripten reale Situationen aus dem zu untersuchenden Lebensbereich (hier meist Psychotherapien) erfasst. Für diese Arbeit hier benutzte ich ein Kategoriensystem, welches auf Videomittschnitte angewendet wird (siehe Kap. 4.3).

- Fragebogen für Patienten und Therapeuten

Statt direkt Verhalten zu beobachten, kann solches auch im Nachhinein erfragt werden, mittels z.B. Therapie-Stundenbögen. Der Vorteil besteht darin, dass auch nicht-beobachtbare, kognitive oder emotionale Vorgänge erfasst werden können.

- Mikro-Analysen

mittels Video Rating-Systemen im „Slow Motion-Verfahren“, z.B. in den derzeit laufenden Projekten der Grawe-Gruppe zur „Wirkfaktorenanalyse“ (Grawe/Dick et al. 1996). Dabei kann insbesondere auf nonverbale Signale geachtet werden – ein Manko unseres Systems, das im Video-„Echtzeit-Verfahren“, bzw. auf der alltäglichen Meso-Ebene verbale Aussagen codiert (s.u.).

Zwei wichtige Gebiete, welche m.E. in nächster Zeit verstärkt beforscht werden sollten, sind die **Differentielle Indikation**, wie sie z.B. in der Berner Psychotherapiestudie (Grawe/Caspar/ Ambühl 1989) sehr schön durchgeführt wurde (siehe auch Grawe 1982) und die Forschung zum „**Matching**“ von Therapeut und Klient. Die Frage also, auf welche Faktoren es ankommt, damit ein bestimmter Klienten gut mit einem bestimmten Therapeuten zusammenarbeiten kann bzw. umgekehrt. Therapeutenmerkmale (Tscheulin 1992, Huf 1992) sind hier wichtig, aber auch sozialpsychologische Fragestellungen wie die des Urteilsprozesses oder der Sympathie (Blaser 1977) und **Interaktionsstudien** z.B. mittels SASB-Analysen (s.o.), um die Muster der Beziehungs-Merkmale (z.B. Figurationsanalyse sensu Grawe 1990) individuell herauszuarbeiten.

Wenn diese beiden Themenbereiche klarer herausgearbeitet werden (auch mittels Einzelfallanalysen, z.B. Arnold/Grawe 1989), wird es mit der Zeit möglich sein, auf die Indikationen und insbesondere die **Kontraindikationen** für ein bestimmtes Verfahren eingehen zu können und Klienten von Anfang an mit einem für sie geeigneten Therapeuten mit einer für sie geeigneten psychotherapeutischen Ausrichtung bekannt zu machen. Dies ist eine alte Forderung wie sie von Kiesler bereits anno 1966 aufgestellt wurde: „Welche Behandlung, durch wen angewandt, ist die effektivste für dieses Individuum mit jenen speziellen Problemen und unter welchen Umständen?“

Jede Therapieform hat m.E. ihre **Stärken und Schwächen**; somit erscheint es sinnvoll, z.B. Menschen mit ausgesprochener Angst-Symptomatik (z.B. soziale oder einfache Phobien) mit (kognitiver) Verhaltenstherapie zu behandeln, Personen hingegen mit strukturellen Defiziten (sprich: Persönlichkeitsstörungen) eher psychoanalytisch zu behandeln. Ueber diese Zuordnungen wird natürlich zwischen den Schulenanhängern sehr gestritten und ein Konsens ist noch in weiter Ferne, scheint mir aber sehr vonnöten, wenn Psychotherapie auch eine breite gesellschaftliche Anerkennung und Relevanz bekommen will (vgl. Kapitel 6.2).

2.1.3 Process-Outcome-Studien

Immer mehr wird das psychotherapeutische Prozessgeschehen mit den erreichten Ergebnissen in Beziehung gesetzt, es wird also versucht, (kausale) Verbindungen zu suchen zwischen z.B. „Patient's in-session impacts“ und dem „postsession outcome“ oder zwischen der therapeutischen Beziehung („therapeutic bond“) und dem „outcome“ etc. (vgl. Orlinsky/Grawe/Parks 1994 bzw. Abb. 1).

Oft werden auch in Prozess-Studien Bezüge zum Outcome hergestellt; dies ist u.a. eine der Forderungen der einflussreichen amerikanischen Forscher Bergin und Garfield (1994).

Ein Nachteil der vorliegenden Studie ist gerade hier zu sehen: mangels Daten zum Outcome zu den erhobenen Messungen ist es nicht möglich einen Bezug von Prozess (hier: Art, Häufigkeit und Verteilung der Interventionen) und Outcome (wie erfolgreich war dieses Vorgehen?) herzustellen. Deshalb ist diese Arbeit hier eine „reine“ Prozess-Studie.

Die Meta-Analyse von Orlinsky, Grawe und Parks (1994) im „Handbook of psychological Change“ stellt den Stand dieser Forschungsrichtung positiv dar.

Kritischer stellen Shapiro und Mitarbeiter (1994) den Forschungsstand dar: „Die Ergebnisse unserer Meta-Analyse zeigen, wie wenig substantiell unser empirisches Wissen über effektive therapeutische Techniken ist. Unsere Ansätze zur Validierung grundlegender Elemente wie Interpretation, Fokussierung auf Gefühle und Exploration hinsichtlich ihrer Beziehung zum Outcome waren **bemerkenswert erfolglos** ... Obwohl einige Interventionen erfolgreicher als andere erscheinen, wurden ihre Unterschiede zur marginalen statistischen Bedeutungslosigkeit reduziert, wenn mittels multipler Regressionsanalysen die methodischen Variationen zwischen den Studien kontrolliert wurden. Diese Befunde sind gleichermaßen herausfordernd, ob man sie als

Widerspiegelung der **Grenzen des Forschungsparadigmas** und der benutzten Methoden oder der Techniken selbst interpretiert“ (S. 30, eigene Uebersetzung).

Dies sind zweifellos unbefriedigende Ergebnisse. Eva Jäggi (1991) beschreibt diese Forschungsbemühungen als „kleine **Vergewaltigungen der Komplexität**“. Diese Art der Komplexitätsreduktion ist sicherlich eine Ursache für die negative Bewertung dieser Form der Psychotherapieforschung bei vielen praktizierenden Therapeuten, die von den Befunden nichts halten, weil sie ihrem Verständnis der Komplexität therapeutischen Alltagshandelns nicht genügend Rechnung tragen (können).

Die Frage nach der **Wirksamkeit** von Psychotherapie hat in der Schweiz im Zusammenhang mit der (Wieder-) Aufnahme psychologisch-psychotherapeutischer Leistungen in die Grundversicherung der Krankenkassen wieder an Interesse gewonnen. Hier werden die **unterschiedlichen Standpunkte** von Forschern und Praktikern und von „Empirikern und Hermeneutikern“ besonders deutlich (vgl. Kapitel 6.2).

Eine Erörterung der **wissenschaftstheoretischen Hintergründe** (z.B. die Tradition der Falsifikation, Popper 1972) wäre zwar äusserst spannend, würde aber den Rahmen dieser Diplomarbeit bei weitem übersteigen (vgl. aber ebenfalls Kap. 6.2).

2.1.4 Meta-Analysen

Weil natürlich einzelne Studien wegen den strengen Kriterien, welche die empirische Wissenschaft Psychologie an solche stellt, immer nur Stückwerk bleiben und **lediglich einzelne Aspekte** beleuchten, ist es je länger je mehr vonnöten, den mittlerweile unüberschaubaren Fundus an Forschungsergebnissen in zusammenfassender Weise darzustellen. Das weiter unten zu besprechende „Generic model of psychotherapy“ von Orlinsky und Howard (1986/88) bzw. Orlinsky, Grawe und Parks (1994), basiert auf der Sichtung von hunderten von Studien zu Prozess und Outcome. Es folgen kurze Besprechungen von zwei bedeutenden Meta-Analysen der letzten Jahre:

- Die grosse Berner Meta-Analyse „Psychotherapie im Wandel“ (Grawe, Donati und Bernauer 1994)

Dieses mittlerweile vielzitierte Werk umfasst die Zusammenschau fast aller existierender Psychotherapieformen mittels standardisierten Messverfahren (in erster Linie den Effektstärken).

Dieses „Handbuch“ zeigt in einheitlicher Art und Weise viele Ergebnisse zur vergleichenden Wirkung von Psychotherapie.

Leider wurden gerade für die Gestalttherapie (und auch andere experientelle Therapieformen) etliche Studien unberücksichtigt, weil deren Qualität von den Untersuchern als ungenügend beurteilt wurde (siehe aber kritisch dazu Bretz et al., 1994).

Ein weiterer Nachteil liegt darin, dass nur Studien bis ins Jahr 1983 erfasst wurden - also die zunehmend intensiven Forschungsbemühungen gerade auch im humanistischen Bereich unberücksichtigt blieben.

Nichtsdestotrotz bescheinigen Grawe et al. auch den verschiedenen Formen der Gestalttherapie (nebst PSA, GT und VT) eine mögliche Wirksamkeit, welche aber noch zu beweisen wäre.

- Gunzelmann, Schiepek und Reinecker (1987): Laienhelfer in der psychosozialen Versorgung

Die amerikanischen Psychotherapie-Forscher Strupp und Hadley (1979) haben, wie schon angesprochen, feststellen müssen, dass **begabte Laien** (z.B. Universitätsdozenten) in Bezug auf den Outcome ebenso gute Ergebnisse erzielen konnten, wie langjährig erprobte Psychotherapeuten. Da dieses Ergebnis etwas ernüchternd ist, wurden auch auf diesem Gebiet Metaanalysen angestellt, welche wiederum differenziertere Aussagen zulassen. Es sind die (umstrittene) Arbeit von Durlak (1979) und die Metaanalyse von Gunzelmann, Schiepek und Reinecker (1987).

Nach Moeller (1978) werden in ungefähr 95% der Fälle psychischer Probleme erst gar keine Experten konsultiert, vielmehr kommt es zu einer Verbesserung der Symptomatik primär durch das Engagement naher Bezugspersonen, also von Laien; hierzu gehören auch die insbesondere für den Suchtbereich sehr verbreiteten **Selbsthilfegruppen** (z.B. Anonyme Alkoholiker u.ä.).

Gunzelmann, Schiepek und Reinecker (1987) betrachteten insgesamt 184 Studien zur Effektivität von Laienhelfern im Vergleich zu professionellen Therapeuten. Zu diesem Zweck analysierten sie Beiträge aus den Jahren 1974-1984. Es ergaben sich differenziertere Resultate als bei Strupp und Hadley (1979): Laien sind nur erfolgreicher, wenn der Outcome sofort nach der „Therapie“ gemessen wird. Follow-up Messungen ergeben tiefere Besserungsraten für die von Laien behandelten Patienten. Sie erreichen aber sehr gute Resultate, wenn es sich a) um stark und gut strukturierte Interventionen und b) um ausgesprochen unspezifische Alltagsaktivitäten, insbesondere im psychiatrischen Bereich, handelt.

Dies zeigt, dass „unsere **Ressourcen** bezogen auf Empathie, Interesse, Zuwendung, Hintenanstellung eigener Interessen usw. erschöpfbar“ sind (Czogalik 1990). „Für den professionellen Helfer [entsteht] die Notwendigkeit, das Ausmass der persönlichen Involvierung und Betroffenheit zugunsten einer Haltung der **engagierten Distanz** zu reduzieren“ (ebenda). So erklären sich die Vorteile der nicht-professionellen Helfer.

Insgesamt zeigt sich, dass offenbar generelle, allgemein-menschliche Parameter, wie die von Sloane et al. (1975) beschriebenen (siehe Kap. 2.1.1.) sehr ausschlaggebend sind für eine psychotherapeutische Behandlung. „**Universale**“ und „**unspezifische**“ **Wirkfaktoren** (siehe Definition in 2.2.1.1) sollten demnach also auch für professionelle Helfer herangezogen und angewendet werden. Dass diese mittels (schul-)spezifischer Interventionen noch höhere Erfolge erreichen, als Laien, zeigt diese Metastudie ebenfalls. Somit sollten sowohl allgemeine wie auch spezifische Wirkfaktoren in einer Psychotherapie vorkommen. Ob und in welchem Verhältnis dies der Fall ist, ist eine der Fragestellungen vorliegender Arbeit.

2.2 Wirkfaktoren

Ueber die sogenannten Wirkfaktoren ist viel geschrieben und auch kontrovers diskutiert worden. Eine Definition abzugeben ist deshalb einerseits schwierig, andererseits aber auch sehr nötig, um Verwechslungen und Missverständnissen vorzubeugen.

Blaser, Heim, Ringer und Thommen (1992) haben ein **Vier-Ebenen-Modell** herausgearbeitet, das ich hier erweitert übernehmen möchte, um die **Komplexität des Themas** zu veranschaulichen; es stellt zudem das Gerüst für die **inhaltliche Gliederung** (s.o.) dieser Arbeit dar.

2.2.1 Stufen der therapeutischen Wirkung

- Ebene der Metatheorien (Grundkonzept, Menschenbild etc.)	Ebene I
- Ebene der Strategien (Verfahren, Therapietheorie)	Ebene II
- Ebene der Methoden (Set von Interventionen aus dem Verfahren)	Ebene III
- Ebene der Interventionen (Aussagen und Handlungen des Therapeuten)	Ebene IV
- Ebene der Wirkfaktoren (spezifische und unspezifische)	Ebene V

Tabelle 2: Das 5-Ebenen-Modell (modifizierte Version, Frauchiger 1997)

Abbildung 3: Das 4-Ebenen-Modell (Blaser et al. 1992) im Original

Im folgenden die Beschreibung des Modells im originalen Wortlaut (Blaser, Heim, Ringer und Thommen 1992):

„Eine therapeutische **Strategie** [hier: Ebene 2] ist ein relativ abstrakter Satz von (therapeutischen) Verfahrensregeln. Sie beinhaltet eine allgemeine Zielsetzung des therapeutischen Handelns und ein theoretisches Konzept, welches den (theoretischen) Zusammenhang zwischen Handlung und angestrebtem Ziel erklärt.

Das konzeptuelle Gerüst kann eine philosophisch-anthropologische Theorie oder eine psychologische Entwicklungs- oder Verhaltenstheorie sein. Häufig finden auch soziale, gesellschaftstheoretische und religiöse Gedankensysteme und Traditionen Eingang in eine Theorie des therapeutischen Handelns. Die Therapietheorie sollte auf jeden Fall expliziert sein. (...)

Methoden [Ebene 3] sind gerichtete und gebündelte Sets von Interventionen. Sie werden in therapeutischer Absicht, wie dies in den Strategien vorgesehen ist, zielgerichtet zur Verhaltensänderung bzw. zum Aufbau neuer Verhaltenselemente eingesetzt. Methoden definieren in konkreter Weise den Weg zum Ziel. (...)

Interventionen [Ebene 4] sind die konkreten Handlungen oder Aussagen des Therapeuten als Manifestationen der Methoden. Die Ebene der Interventionen ist identisch mit der **Handlungsebene**. Interventionen sind Operationalisierungen der eher heuristisch formulierten Methoden. Hier geht es um konkrete Handlungen oder gezielte sprachliche Interventionen, mit denen eine spezifische Reaktion oder Wirkung erzielt werden soll. Aus dem bisher Ausgeführten geht hervor, daß Interventionen nie für sich alleine stehen, sondern immer im Hinblick auf ein umfassenderes Konzept begründet und erklärt werden können“ (S. 37 - 39).

Die **Wirkfaktoren** [Ebene 5] sind demnach die kleinste beobachtbare Komponente des therapeutischen Geschehens. Sie leiten sich ab einerseits aus den (meist verbalen) Äusserungen der Interaktionspartner (Ebene 4), und andererseits aus den konzeptuellen Vorgaben (Ebenen 1-3) des Therapeuten. Die Wirkfaktoren als die kleinste Einheit in diesem Modell „verstecken“ sich sozusagen in den Äusserungen des Therapeuten. Sie sind deshalb nicht mit den Interventionen identisch! Eine genaue Definition erfolgt weiter unten auf dieser Seite sowie auf Seite 13.

Die von mir neu eingeführte Ebene der **Metatheorien** [Ebene 1] umfasst noch weiterreichendere, oft nur implizit mitgedachte theoretische Positionen, wie das Menschenbild, die Ethik oder die Gesellschaftstheorie einer bestimmten Therapieschule.

Diese Theorien von grosser Reichweite führe ich ein aufgrund des Studiums vieler Schriften Hilarion Petzolds (v.a. Petzold 1993). Sein „Gerüst“ zum Verständnis von Psychotherapieformen wird in Kapitel 2.3 ausführlich besprochen.

Für diese Arbeit hier definiere ich den Begriff **Wirkfaktor** wie folgt:

Wirkfaktoren sind die kleinsten beobachtbaren Elemente in einer Psychotherapie. Im Gegensatz zum traditionellen (behavioralen) Verständnis, wonach Wirkfaktoren globale Cluster von Interventionen (also Techniken, hier die Ebene 3) bilden, definiere ich hier in Ahnlehnung an Blaser (1989) die Wirkfaktoren als **Verhaltenselemente, welche Atome oder Moleküle von Interventionen darstellen**. Sie fassen also nicht Interventionen zusammen (wie die Methoden/Techniken dies tun), sondern umgekehrt, die Interventionen setzen sich zusammen aus verschiedenen Wirkfaktoren (vgl. die Veranschaulichung in Abbildung 3). Weil wir die 5 Ebenen verstehen als ein Fokussieren von Makro- (Ebene 1) über Meso- (Ebenen 2 und 3) zu Mikro-Ebene (Ebenen 4 und 5) (oder „vom grossen zum kleinen“), erachte ich diese Auffassung der **Wirkfaktoren als Mikro-Einheiten** („Elemente der therapeutischen Wirksamkeit“) für logischer, sinnvoller und nützlicher.

2.2.1.1 Spezifisch versus unspezifisch oder schulenabhängig versus gemeinsam

Wenn wir jetzt einen Schritt weitergehen, können wir die Wirkfaktoren in sogenannt spezifische und unspezifische unterteilen. Diese Sichtweise ist schon sehr alt und wurde u.a. von Jerome D. **Frank** bereits in den fünfziger Jahren in der Literatur erwähnt (Frank 1962, dts. 1981).

Frank beobachtete schon damals allen Therapieformen (inklusive exotischer Methoden des Schamanismus oder esoterischer Einflussnahmen auf Menschen!) gemeinsame Wirkmomente. Sie werden in Kapitel 2.2.2.2 beschrieben.

Nach Blaser (1989, 1992) sind die **unspezifischen Wirkfaktoren** solche, die in allen Therapieformen mehr oder weniger vorkommen. Er spricht deshalb auch von gemeinsamen oder allgemeinen Wirkfaktoren. **Spezifisch** wären demnach die exklusiv in einer Therapierichtung vorkommenden Faktoren (solche ausschliessliche Faktoren gibt es m.E. auf der Ebene 4 nicht (vgl. Diskussionsteil); auf der Ebene der Techniken/Methoden (3) wären dies z.B. das freie Assoziieren in der Psychoanalyse, die Hot Seat-Technik der Gestalttherapie oder das systematische Desensibilisieren der Verhaltenstherapie) und auch, wenn ein Faktor, der zwar in anderen Richtungen auch vorkommt, **typischerweise** und sehr oft angewendet wird (z.B. das kognitive und emotionale Verständnis in der Gesprächspsychotherapie oder die Konfrontation in der klassischen Gestalttherapie).

Grafisch betrachtet ergeben sich Ueberschneidungsflächen in der „**Häufigkeit verbaler Kommunikationsmodi** eines Therapeuten“ (Blaser 1989) in verschiedenen therapeutischen Settings (die „unspezifische Gemeinsamkeit“, ebenda) sowie herausragende Flächen (bildlich gesprochen), welche die schulspezifischen Wirkfaktoren (oder Kommunikationsmodi) darstellen. Es ergibt sich eine Abbildung des **Verhältnisses von spezifischen und unspezifischen Wirkfaktoren**. Es ist unschwer zu erkennen, dass der Anteil schulspezifischer Interventionen viel kleiner ist als der unspezifischen, allgemeinen; etwa im Verhältnis von 4 zu 1 (oder 76% für die allgemeinen Interventionen). Abbildung 3 stellt die Ergebnisse einer Studie von Darbellay (1986)

dar, welcher übrigens dasselbe Kategoriensystem für die therapeutischen Interventionen zugrundeliegt wie der vorliegenden Arbeit. Zu beachten ist lediglich, dass Darbellay Gruppensettings untersuchte und es sich hier um Einzelsettings handelt (vgl. auch Kapitel 4.4).

Weil sich **Identität** und **Selbstverständnis** einer Psychotherapie-Schule und der zugehörigen Psychotherapeuten auch aus der Anwendung der gegenüber anderen Schulen neuen, anderen Techniken bilden, wird oft angenommen, dass sich die **Wirksamkeit** primär aus den spezifischen Techniken ableiten lässt. „Therapeutische Identität konturiert sich durch **Abgrenzung** und durch das Bekenntnis zu einem sozialen **Referenzsystem**“ (Czagalik 1990)

Ich vertrete hier aber die Ansicht (siehe Hypothese I, Kap. 3), dass die gemeinsamen, schulübergreifenden Wirkfaktoren und deren Verwirklichung in Interventionen einen viel grösseren Anteil am praktischen Arbeiten bilden als gemeinhin angenommen wird. **Der Einfluss der spezifischen Faktoren wird demnach überschätzt.**

Abbildung 4: Vergleich dreier Gruppentherapieverfahren (Darbellay 1986 in Blaser 1989, S. 19)

Die Argumentationen von Blaser (1989) sollten aber zeigen, dass „unspezifische“ Wirkfaktoren durchaus in aktiver, bewusster Weise vom Therapeuten eingesetzt werden. Spezifität ergibt sich erst durch die bestimmte, „typische“ Kombination unspezifischer, allgemeiner Wirkfaktoren, der sog. „**Spezifität als Profil unspezifischer Faktoren**“: „Die Spezifität einer Psychotherapie [liegt] im Einsatzprofil der unspezifischen Kommunikationsmodi“ (a.a.O.), also in einer für ein Therapieverfahren „typischen“ Verteilung der Interventionen. Diese Sichtweise „entschärft nicht nur die alte Polemik [Strupp (1986)], sondern macht sie überflüssig“.

Um dem **unterschiedlichen Sprachgebrauch** und daraus resultierenden Missverständnissen auf diesem Gebiet zu begegnen, benutze ich für diese Arbeit eine dritte Dimension, die Universellen Wirkfaktoren, und definiere die Begriffe wie folgt:

- **Universelle** Wirkfaktoren wie Empathie, Zeit, Mythos, Hoffnung etc., welche als Rahmenbedingungen in jeder Therapie bestehen (sollten), jedoch **nicht aktiv** eingebracht werden sondern einfach bestehen oder nicht. Hierher gehören die Basisvariablen von Rogers ebenso wie die von Frank und Garfield postulierten und von ihnen so genannten unspezifischen Wirkfaktoren (siehe nächstes Kapitel 2.2.2).

- **Gemeinsame** (allgemeine) Faktoren wie Kognitives Verständnis, Information, Lernprozess, Stützung etc. (Tabelle 4.3), welche ebenfalls in (fast) jeder Therapie vorkommen, jedoch **in aktiver Weise** vom Therapeuten induziert und angewendet werden (**Handlungsebene**, Ebene 4 unseres 5-Ebenen-Modells). Um diese Faktoren geht es in dieser Arbeit in erster Linie.

- **Spezifische** Faktoren wie Konfrontation, Erleben des Körpers etc. Diese kennzeichnen die typische Art (und auch die Identität der Therapeuten) von Intervention einer Therapierichtung (z.B. das Schreien in der Urschreithherapie oder das Liegen auf den bioenergetischen Schemel usw., siehe übernächstes Kapitel). Sie bilden wohl den kleinsten Anteil am Total aller Interventionen.

2.2.2 Modelle zu den unspezifischen Wirkfaktoren

2.2.2.1 Rogers: Basisvariablen

Wohl sehr bekannt sind die von Rogers in den fünfziger Jahren postulierten drei Basisvariablen, welche (für ihn!) die notwendigen und hinreichenden Bedingungen für eine erfolgreiche Therapie bilden:

- unter **positiver Wertschätzung** und **emotionaler Wärme** versteht Rogers die Achtung gegenüber der Person des Klienten so, wie sie ist. Darin drückt sich die Achtung vor dem menschlichen Wesen an sich aus. Im Verhalten des Therapeuten zeigt sich dies darin, dass er nicht versucht, dem Klienten Ratschläge zu geben oder ihm seine Meinung aufzudrängen (gemäss Kriz 1991).

- als **Echtheit** beschreibt Rogers die Fähigkeit und Bereitschaft des Therapeuten, sich und seine Gefühle selbst zu spüren und sich in die therapeutische Situation einzubringen („**self-disclosure**“). Auf der Verhaltensebene lässt sich diese Echtheit an der Übereinstimmung erkennen, die zwischen inhaltlichem und nonverbalem Gehalt (Tonfall, Gestik, Mimik) einer Botschaft steht.

- die Variable **einfühlendes Verstehen (Empathie)** bezeichnet die Fähigkeit des Therapeuten, den Klienten in seinem Erleben zu erfassen und zu verstehen, ohne ihn einer Bewertung zu unterziehen. Dazu ist es nötig, sich den Bezugsrahmen des Klienten (subjektive Sicht des Klienten, Blaser 1992) zu vergegenwärtigen. Praktisch umgesetzt wird diese Forderung, indem der Therapeut die zentralen gefühlsmässigen Äusserungen des Klienten aufgreift und in seinen eigenen Worten möglichst ohne Interpretation wiedergibt („paraphrasiert“), d.h. er spiegelt die Erlebnisinhalte des Klienten. Diese Wahrnehmungssensibilität und die nötige Empathie gelingt dem Therapeuten umso besser, je mehr er Zugang zu seinen eigenen Gefühlen hat (Selbsterfahrung!).

Etlliche Forschungsergebnisse konnten zeigen, dass diesen Kernvariablen lediglich eine notwendige, **nicht jedoch hinreichende Funktion** zukommt (u.a. Bommert 1982).

Dies entspricht auch unseren Hypothesen; nämlich, dass auch spezifische Interventionen und Methoden zum Einsatz kommen müssen.

Die Rogerschen Basisvariablen werden hier als **universelle** Wirkfaktoren (Kap. 2.2.1) bezeichnet, weil sie jeder Psychotherapie zugrundeliegen sollten und eine Basis bilden für die allgemeinen und die spezifischen Wirkfaktoren.

2.2.2.2 Frank: Die vier allgemeinen Elemente von Psychotherapie

Auch Jerome D. Frank beschreibt universelle Wirkfaktoren. Sein Blickwinkel ist noch weiter als bei Rogers, weil jegliches „Heilen“ gemeint ist, also auch medizinische, exotische und andere Verfahren.

Weil er ein bedeutender Pionier auf diesem Gebiet ist, zitiere ich hier eine längere Passage aus seinem bereits 1961 (deutsch 1981) erschienen Buch „Die Heiler“ (Seiten 444-451):

„**Allgemeine Elemente von Psychotherapie** (aus Kapitel 12: Perspektiven): (...) Kehren wir nun zu unserem Hauptanliegen zurück, nämlich die gemeinsamen Elemente von Psychotherapien in allen Gesellschaften und Kulturen herauszuarbeiten, so wie sie in unserer bisherigen Darstellung hervorgetreten sind. Wenn wir uns diesem Thema nähern, dürfen wir nicht vergessen, daß **Demoralisierung**, die gemeinsame Eigenschaft aller Beschwerden, die Psychotherapie zu heilen versucht, alle Aspekte des persönlichen Lebens um-

greift. Obwohl bei den verschiedenen Arten von Leiden, mit denen wir uns beschäftigt haben, der Ort der wichtigsten Störung recht verschieden sein kann, sind doch **biologische, psychologische und soziale Komponenten** immer in gewissem Masse mitbeteiligt. Gelungene Psychotherapie beeinflusst daher immer alle drei, welches auch im einzelnen die Hauptzielrichtung sein mag.

Vier gemeinsame Eigenschaften aller Psychotherapien sind unterscheidbar:

1) Die erste ist eine **bestimmte Art Beziehung** zwischen dem Patienten, und dem Helfer, manchmal im Rahmen einer Gruppe. Das wesentliche Bestandselement dieser Beziehung ist, daß der Patient auf die **Kompetenz des Therapeuten** und auf seinen Wunsch, ihm zu helfen, **vertraut**. Das heißt der Patient muß glauben, daß der Therapeut an seinem Wohl aufrichtig Anteil nimmt. (...)

Der Eindruck des Patienten, von jemand, den er achtet, verstanden und anerkannt zu werden, ist ein starkes Gegengift gegen seine Gefühle der **Entfremdung** und ein mächtiger **Auftrieb für seine Moral**. (...)

2) Eine zweite gemeinsame Eigenschaft aller Psychotherapien ist die **gesellschaftliche Auszeichnung ihrer Behandlungsorte als Stätten der Heilung**. Schon die Rahmensituation selbst weckt so im Patienten eine Helferwartung. Außerdem bietet sie zeitweilig **Zuflucht** vor den Anforderungen und Ablenkungen des Alltags. Im Wertsystem der jeweiligen Gesellschaft genießt sie Achtung. So werden in vorindustriellen Gesellschaften die Heilrituale meist in sakralen Gebäuden oder Tempeln vollzogen. Wenn die Behandlung im Haus des Leidenden geschieht, wird dieses durch Reinigungsriten in einen geweihten Ort verwandelt. Auch manche Zentren für Persönlichkeitsweiterung, eine neue Erscheinung auf der amerikanischen Szene, haben eine Atmosphäre, in der religiöse Obertöne mitschwingen. In der industrialisierten Gesellschaft wird die Therapie typischerweise im Sprechzimmer des Therapeuten durchgeführt, sei es in einer Privatpraxis, einem Krankenhaus oder der Beratungsstelle einer Universität - jedenfalls an einem Ort mit der **Aura der wissenschaftlichen Heilkunst**. (...)

3) Drittens beruhen alle Psychotherapien auf einer **Behandlungstheorie oder einem Mythos**, der eine Erklärung von Krankheit und Gesundheit, Abweichung und Normalität einschließt. Wenn der Grundgedanke der Kampf gegen die Demoralisierung des Patienten ist, so muß natürlich eine **optimistische Philosophie der Menschennatur** dahinterstehen. (...)

Im Rahmen einer allgemeinen, oft nicht genau artikulierten Lebensphilosophie, erklärt das Behandlungskonzept jeder psychotherapeutischen Schule dem Patienten die **Ursache seines Leidens**, nennt ihm die für ihn **erstrebenswerte Ziele** und **verordnet Massnahmen**, wie er sie erreichen kann. (...)

Das anstößige Wort „Mythos“ haben wir gebraucht, um zu betonen, daß die Begründungen vieler westlicher Psychotherapien, obzwar sie keine übernatürlichen Kräfte anrufen, den Mythen der primitiven Therapien doch darin gleichen, daß sie durch therapeutische Mißerfolge nicht zu erschüttern sind. Das heißt, sie können nicht widerlegt werden. Die Unfehlbarkeit des Behandlungskonzepts schützt die Selbstachtung des Therapeuten und stärkt damit zugleich seine Vertrauenswürdigkeit für den Patienten. (...)

Schließlich erlaubt die Behandlungstheorie dem Patienten, seinen **Symptomen einen Sinn zu geben**. Solange sie ihm unerklärlich sind, erscheinen sie um so bedrohlicher; wenn er ihnen aber Namen geben und den Bogen eines **Erklärungsschemas** über sie hinspannen kann, so ist das an und für sich schon eine große Beruhigung. Der erste Schritt zur Beherrschung eines Phänomens ist, ihm **einen Namen zu geben**.

4) Ein viertes Element aller Formen von Psychotherapie ist die **Aktivität oder das Verfahren, das die Theorie verordnet**. In manchen Therapien wird der Leidende in seinen Aktivitäten genau angeleitet, in anderen wird ihm selbst Initiative abverlangt; bestimmte Merkmale aber sind allen Verfahren gemeinsam. Das Verfahren ist das Mittel, den Leidenden dahin zu bringen, daß er seine Fehler einsieht und korrigiert, womit er Linderung erlangt. Zugleich erlaubt es dem Patienten, auf eine **Weise, bei der sein Gesicht gewahrt bleibt**, seine Symptome aufzugeben, sobald er dazu bereit ist. Es verlangt dem Patienten irgendeine **Anstrengung oder Opfer** ab, von der Kooperation bei der Hypnose bis zum Ertragen wiederholter Elektroschocks“. (...)

Jerome D. Frank war einer der ersten, die erkannten:

„Das Entscheidende ist, daß die therapeutische Wirksamkeit der Theorien und Techniken nicht notwendig in ihren spezifischen Inhalten liegt, die verschieden sind, sondern in ihren **Funktionen, die gleich sind**. Therapeutische Beziehung, Rahmensituation, Theorie und Verfahren beeinflussen zusammenwirkend den Patienten auf fünf Weisen, die ineinandergreifen und von denen jede als notwendig erscheint, um Einstellungswandel und therapeutische Fortschritte zu erzielen“. (Hervorhebungen und Strukturierungen M.F.)

Diese „fünf Weisen“ sind (Zusammenfassung M.F.):

- **neue Lernchancen**: Klarheit über die Ursachen, Modelle für Alternativformen der Problemlösung, Erfahrungslernen aus Widersprüchen zwischen Hypothesen und Gegebenheiten, was einen Aenderungsdruck durch Dissonanz erzeugt.
- **Hoffnung auf Besserung**: der Glaube des Patienten an den Therapeuten
- **Gewährung von Erfolgserlebnissen**: Bewusstsein der Lebenstüchtigkeit, aktive Beteiligung (interner „locus of control“ sensu Rotter bzw. „self-efficacy“ sensu Bandura)
- **demoralisierende Entfremdung überwinden**: gemeinsames theoretisches Schema, Anteilnahme des Therapeuten
- **emotionale Erregung**: Voraussetzung aller Einstellungs- und Verhaltensänderungen, erreicht durch Konfrontation und Erfolgserlebnisse

2.2.2.3 Karasu

Karasu (1986) postuliert drei gemeinsame spezifische Interventionen, die sogenannten „change agents“:

a) **Affektives Erleben:** Durch emotionales Aufgewühltsein, Aufregung und darauffolgende Erschöpfung ist die Empfänglichkeit des Patienten für Suggestion erhöht. Infolge dieses Zustandes kommt es leichter zum Ausdruck von Gefühlen, es erhöht sich die Veränderungsbereitschaft und Widerstände reduzieren sich.

Als Beispiele gibt Karasu an: Freie Assoziation in der Psychoanalyse, Reizüberflutung in der Verhaltenstherapie, Verbalisieren emotionaler Erlebnisinhalte in der Gesprächstherapie und die Methode des „heissen Stuhls“ in der Gestalttherapie.

b) **Kognitives Beherrschen:** Bewältigung von Situationen durch kognitive Vorgänge. Der Patient gewinnt neue Denkweisen und Einsichten, er stellt die (rationale) Selbstkontrolle wieder her und erhält Zugang zu intellektuellen Coping-Strategien.

Hierzu gehören nach Karasu: Interpretationen in Psychoanalyse und Gestalttherapie (?!), paradoxe Intentionen in den kognitiv-behavioralen Ansätzen sowie das empathische Verständnis in der Gesprächstherapie.

c) **Verhaltensregulation:** Veränderung der Handlungskontrolle und von Gewohnheiten. Durch positive Erfahrungen werden Veränderungen verstärkt und durch weitere Übung gefestigt.

Techniken sind hier das selektiv wirkende „hmm“ des Therapeuten in der Gesprächstherapie, die Identifikation in der Psychoanalyse sowie das Lernen am Modell in den Verhaltenstherapien.

Gemäss Czogalik (1990) decken „die Modelle von Frank und Karasu in gegenseitiger Ergänzung einen breiten Erklärungsbereich für psychotherapeutische Vorgänge ab“; Karasu spezifiziert „die zentralen Wirkkomponenten, die bei Frank etwas im Unverbindlichen bleiben“.

2.2.2.4 Textor: Nichtspezifische Behandlungsfaktoren

Eine neuere Zusammenstellung von unspezifischen Wirkfaktoren stammt von Textor (1988 und 1990). Seine Beschreibungen erinnern stark an Franks universale Faktoren. Es sind:

- **Motivation des Klienten:** diese ergibt sich i.d.R. aus dem subjektiv erlebten Leidensdruck des Patienten. Erst dadurch ist der Klient willens, die oft mühsame und schmerzhafteste Selbstexploration zu betreiben. Motivation kann aber durch Erfolgserlebnisse, Suggestion und Vermittlung (oder bereits vorhandene) Grundkenntnisse in Psychotherapie gesteigert werden.
- **Hoffnung:** umfasst „Erwartung auf Hilfe wecken, Zuversicht steigern, Demoralisierung bekämpfen, Selbstaktualisierungskräfte stärken“ (Textor 1990)
- **Therapeutische Beziehung:** Dialog, Begegnung und Kontakt bilden das Fundament der Therapie. Feedback, Ratschläge, Empathie/Echtheit/Kongruenz (Rogers), neue und „korrigierende emotionale (Beziehungs-)Erfahrungen“ gehören ebenfalls hierher.
- **Persönlichkeit des Therapeuten:** innere Stärke, Bewusstsein der eigenen Grenzen, ein grosses Wissen, Sensibilität und Vertrauenswürdigkeit (siehe auch Sloane 1975) sind wichtig. Vorbild- und Modellwirkung sowie die Selbstöffnung (self-disclosure) sind weitere Therapeuten-Variablen.
- **Erklärung für Probleme:** ein Glaubenssystem (Metatheorie!), ein „den Problemen einen Namen geben“ bewirken beim Klienten eine Angstreduktion. Das Suchen nach biographischen, repetitiven Mustern (Schemata) sind auch (er-)klärende Momente.
- **Freisetzen und Verändern von Emotionen:** dies erleichtert den inneren Druck des Patienten, das Sprechen (Verbalisieren) wirkt angstlösend. Kathartisches Abführen, aber auch das Erleben von emotionaler Kontrolle („es bricht nicht alles zusammen, wenn ich meine Wut zeige“) sind ebenfalls sehr wichtig.
- **Verändern von Kognitionen:** hierher gehören u.a. die „Denkfehler“ (Beck), die „irrational beliefs“ (Ellis), das Ermitteln der subjektiven Wirklichkeit, das Vermitteln neuer Perspektiven und das verändern und neu lernen von Schemata (Grawe).
- **Informationsvermittlung:** Wissenslücken, Einstellungsänderungen.
- **Verhaltensänderung:** diese sehr wichtige Gruppe umfasst Faktoren wie Selbstkontrolle, das Erleben der Selbstwirksamkeit (Bandura 1977, Flammer 1994, s.u.), das Ueben neuer „(social) skills“ (z.B. Böcker/Brenner 1986), das Experimentieren (Perls 1973, Polster's 1975), Hausaufgaben, Ueben von Kommunikationstechniken etc.
- **Veränderung von Selbstwahrnehmung und Selbstbild:** hierunter fasst Textor die Introspektion, das Monologisieren, die Körperwahrnehmung, das Bewusstmachen, die korrigierenden Erfahrungen und die Selbstverwirklichung.

2.2.2.5 Weitere Modelle

Das Modell der „**Vier Wirkprinzipien**“ von Klaus Grawe, welches ebenfalls allgemeine Wirkfaktoren darstellt, gehört eigentlich auch hierher; es wird in Kapitel 2.2.3.1 besprochen und wird noch öfter in dieser Arbeit Verwendung finden.

Grawe stützt sich unter anderem auf das Konzept der „**self-efficacy-expectation**“ von Albert Bandura (1977) (ähnlich: Flammer 1994). Dieser postuliert, dass im günstigen Fall Psychotherapie die Selbstwirksamkeit (Selbstvertrauen, oder zumindest die Erwartung oder Attribution auf die eigene Kompetenz) erhöht. Dazu dienen therapeutische Strategien der Ermahnung, der Verordnung, sowie Strategien, die Gefühle anregen und Nachempfindung ermöglichen. Dieses Konzept hat eine deutliche Nähe zu Franks Begriffen der „Demoralisierung“ und „Gewährung von Erfolgserlebnissen“.

„Während Frank die psychotherapeutische Situation unter vorrangig sozialpsychologischen Gesichtspunkten sieht, und Bandura (1977) den dynamischen Kern persönlicher Veränderung in einem kognitiven Raster beschreibt, versucht Karasu (1986) die übergreifenden Wirkkomponenten verschiedener therapeutischer Strategien zu benennen“ (Czagalik 1990).

Sol **Garfields** Modell unspezifischer Wirkfaktoren (Garfield 1995) bezieht sich ebenfalls sehr stark auf Franks Beschreibungen. Seine Kategorien unspezifischer Wirksamkeit werden in Kapitel 4.3.2 kurz besprochen.

2.2.3 Wirkfaktoren in verschiedenen Psychotherapieverfahren

Im folgenden möchte ich nun eine Darstellung der **schultypischen, spezifischen Wirkfaktoren** vornehmen. Psychotherapieschulen der ersten, der Gründer-Generation, sind in unserem Fünf-Stufen-Modell der zweiten Ebene (Strategien) zuzuschreiben. Sie können zu Gruppen zusammengefasst (z.B. alle humanistischen Therapien) der ersten Stufe (Metatheorie) zugeordnet werden. Diese **Metatheorien** (oder „Modelle“) werden im übernächsten Kapitel besprochen.

Hier folgt lediglich eine Besprechung der jeweils in der Therapie-Theorie postulierten Wirkfaktoren.

2.2.3.1 Die vier Wirkprinzipien nach Klaus Grawe

Die bereits erwähnten vier grundlegenden Wirkprinzipien (Ebene 5 unseres Modells) bilden ein Resumé aus der bisherigen Forschungstätigkeit von Klaus Grawe (vgl. Grawe et al. 1994).

- a) Das Wirkprinzip „**Problembewältigung**“ bezieht sich auf den Aspekt des „Könnens“ (bzw. nicht-Könnens) eines Klienten. Es ist deshalb oft angezeigt, mittels methodenzentriertem Vorgehen (Reizkonfrontation, Social Skills etc.) an den Bewältigungsmöglichkeiten zu arbeiten, bzw. solche erst zu erwerben. Es ist naheliegend, dass hier insbesondere die behavioralen Verfahren ihre Stärke haben.
- b) Das zweite Wirkprinzip „**Klärung**“ betrachtet die Bedeutung, den Sinn, die Ziele und Befürchtungen, implizite Mechanismen, kurz: die motivationalen Aspekte des „Wollens“. Einsicht in (zentrale) Konflikte, Motive, Schemata u.s.w. vermitteln fast alle Therapieverfahren, wobei gerade hier die Begrifflichkeit sehr unterschiedlich ausfällt, aber meist dasselbe gemeint ist. Auf das sog. „Language problem“ (Norcross/Newman 1992) komme ich noch zu sprechen.
- c) „**Problemaktivierung**“ als drittes Wirkprinzip meint das nochmalige, unmittelbare Erleben der Probleme eines Klienten. Hier finden sich die psychoanalytischen Konzepte der Uebertragung, des „zentralen Beziehungskonfliktes“ oder der „emotional korrigierenden Erfahrung“. Aktivierendes, konfrontatives Vorgehen wie der „hot seat“ in der Gestalttherapie gehören ebenfalls hierher. Es leuchtet ein, dass nach dem Erleben (oder der Katharsis) meist ein Bewältigen oder Klären erfolgt. Die Wirkprinzipien hängen durchaus zusammen, sollten gemäss Grawe sogar zu etwa gleichen Teilen in einer erfolgreichen Psychotherapie vorkommen.
- d) „**Ressourcenaktivierung**“. Der vierte Faktor weist auf die Möglichkeit hin, die im Klienten bereits vorhandenen Stärken und Fähigkeiten aufzugreifen. Ressourcen bilden oft ein Standbein, mit dessen Hilfe neue Fähigkeiten (Problembewältigung) erworben werden können. Die Einbeziehung von Sozialen Netzwerken gehört hierher, die Therapiebeziehung als Stützung und Hoffnungsquelle ebenso. So umfasst dieser Wirkfaktor auch die „Problemsicht des Patienten“, wie sie z.B. in der Problemorientierten Therapie nach

Blaser besonders hervorgehoben wird. Familientherapie und Interpersonale oder systemische Ansätze verwirklichen dieses Prinzip wohl am deutlichsten.

Es ist wichtig dabei zu berücksichtigen, dass alle vier Prinzipien unter den Aspekten „intra- bzw. interpersonal“ betrachtet werden können. Somit ergibt sich ein dreidimensionaler „Kubus“, welcher insgesamt 24 Felder enthält (je vier auf jeder der sechs Seiten).

Am Kongress „Evolution of Psychotherapy“ in Hamburg (Juli 1994) hat Klaus Grawe (siehe auch 1995a und Kap. 2.2.3.7) die klassischen Therapierichtungen schwerpunktmässig folgendermassen auf die vier Wirkfaktoren „verteilt“. [Achtung: dies ist keine absolute Zuordnung, es handelt sich dabei lediglich um Schwerpunktsetzungen der einzelnen Verfahren]:

	Klärung (motivationaler Aspekt)	Bewältigung (Können/Nicht-Können)
Ressourcenaktivierung	Gesprächspsychotherapie GT	Gestalttherapie GST
Problemaktualisierung	Psychoanalyse PA	Verhaltenstherapie VT

Tabelle 3: Die Psychotherapie-Schulen im einfachen Graweschen Wirkfaktoren-Modell

	Können/Wollen	Klären		Bewältigen	
Aktivieren:		intrapers.	interpers.	intrapers.	interpers.
Ressourcen	intra	Gesprächsther.			Familientherap.
	inter				
Probleme	intra	Psychoanalyse	Psychoanalyse	Verhaltensther.	
	inter	Gestalt	Gestalt		

Tabelle 4: Die Psychotherapie-Schulen im Graweschen Wirkfaktoren „Kubus“

Mit diesen „Ingredienzien der Psychotherapie“ (Grawe 1994a) ist es möglich, eine **Analyse der „blinden Flecken“** (ebenda) anzustellen, Stärken und Schwächen einer jeden Richtung zu bestimmen und nach Erweiterungen zu suchen.

Mir scheint es sehr sinnvoll, diese Analyse einmal durchzuführen. Im folgenden werden deshalb die „klassischen“ Therapie-Verfahren punkto Wirkfaktoren und Interventionstypen durchgegangen. Die Grundkonzepte und Metatheorien folgen anschliessend in Kapitel 2.3.

- Psychoanalyse PSA

Wir sehen, dass demnach die Psychoanalyse sich v.a. der **Problemaktualisierung unter dem Klärungsaspekt** widmet und ein Hauptgewicht auf Introspektion, Ursachenforschung legt und z.B. das konkrete Verhalten (Bewältigungs- und Können-Aspekt) eher weniger zur Sprache kommt. Ebenfalls werden Ressourcen unzureichend mitberücksichtigt.

Auf die Interventionen bezogen, kann man theoretisch annehmen, dass Deutungen und Analysen (des vom Klienten frei assoziierten oder geträumten Materials) wohl im Vordergrund einer Therapie stehen. Im Rating-System, welches in dieser Arbeit zur Anwendung kommt (siehe Kapitel 4.1.1) wären dies die Kategorien Kognitives Verständnis (KV) und Suggestion (SU).

Wichtig zu erwähnen ist die Tatsache, dass sich alle „klassischen“ Psychotherapieformen weiterentwickelt haben und sich auch die Interventionsarten verändert haben (siehe Kap. 2.3).

So kann man sich z.B. in der Form der „Objektbeziehungstherapie“ (Cashdan 1990) auch Bewältigung unter der Ressourcenperspektive vorstellen, was für Freud wohl als „Kunstfehler“ gegolten hätte.

Die hier genannten Hypothesen finden sich noch einmal in einem Ueberblick in Kapitel 3.1.2.

- Verhaltenstherapie VT

Ganz anders (theoretisch jedenfalls!) sieht es bei den klassischen Verhaltenstherapien aus. Nach Grawe werden hier die Aspekte (**Problem-)** **Bewältigung**, also der Aspekt des Könnens oder eben Nicht-Könnens in einer **problemaktualisierenden Weise**, besonders stark gewichtet.

In unserer Untersuchung wären dies die Interventionen der Kategorien Lernprozess LP, kognitives Verständnis KV und Geben von Informationen IN.

Hier ist zu sagen, dass die klassischen Verfahren nach Wolpe, Skinner oder Tolman heute kaum noch zu finden sind. Auch die von mir untersuchte Form der Interaktionellen Verhaltenstherapie gehört eigentlich eher zu den Kognitiven Therapien, welche die nächste Gruppe von Verfahren bilden.

- Kognitive Therapien KT

Dies ist neben den Integrativen Formen die „modernste“ und wissenschaftlich am besten untersuchte Gruppe von Psychotherapieverfahren (z.B. Grawe et al. 1994).

Verbindendes Element ist das Konzept der (kognitiven) **Informationsverarbeitung** (siehe Kap. 2.3.1.3), welches das Denken und die Kognitionen in den Mittelpunkt der Therapie stellen. Folglich erwarte ich hier in erster Linie die Interventionsart des Kognitiven Verstehens KV und das Informieren IN.

Kritisch möchte ich anmerken, dass kognitiv orientierte Psychotherapeuten dem Erleben und Ausdrücken von Gefühlen zu wenig Raum geben, was in unserer Untersuchung tiefen Affektivitätswerten entsprechen würde (vgl. Resultate-Teil).

- Gesprächspsychotherapie GT

Die klassische Form setzt Schwerpunkte auf **Klärung und Ressourcenaktivierung**. Hier sind also Bewältigung und Problemaktualisierung im Hintergrund.

Man kann hier sicher die beiden Interventionsformen des Kognitiven bzw. Emotionalen Verständnisses (KV und EV) als die typischsten und am häufigsten auftretenden erwarten.

Die Weiterentwicklungen z.B. von Sachse (Zielorientierte GT) oder auch Gendlins (1980) „Focusing“ berücksichtigen vermehrt aktives Vorgehen, was sich in Schwerpunktsetzung von Problembewältigung unter dem Aspekt des Könnens/Nicht-Könnens niederschlägt. In diesen neueren Verfahren (welche in dieser Studie leider unberücksichtigt bleiben) kämen also in unserer „Sprache“ gesprochen zusätzlich Aktivieren AK, Geben von Informationen IN und Auslösen von Lernprozessen LP zum Zuge.

- Gestalttherapie GST

Bewältigung unter der Ressourcen-Perspektive sind für dieses Verfahren die Schwerpunkte. Da aber schon der Gründer der Gestalttherapie Fritz Perls Zeit seines Lebens die Problemaktualisierung hervorgehoben (nur nicht so genannt...) hat, kommt sicher auch diese dominant zum Zuge. Beispiele hierfür sind die zahlreichen erlebnisaktivierenden Methoden der Gestalttherapie.

Wie wohl in keiner anderen Therapieform versucht der Gestalttherapeut die Probleme, aber auch die Fähigkeiten und Ressourcen eines Klienten ins Therapiezimmer „hereinzuholen“. Das Reden über Probleme (GT), aber auch das Lösen von Problemen (VT) stehen im Hintergrund. In der **Neuinszenierung alter Ereignisse** oder von Problemen (insb. zwischenmenschlicher Art) liegt nach Perls der Hauptheilfaktor. Der Klient wird oft auch mit Konfrontationen auf seine Muster (Grawe würde Schemata dazu sagen ...) aufmerksam gemacht. Wir haben hier einen viel aktiveren Therapeuten vor uns als in der Gesprächstherapie oder der Psychoanalyse. Dazu kommt, dass die Gestalttherapie eine Unmenge an **Uebungen, Experimenten und Methoden** bereithält, mit denen der Therapeut spezifisch auf die Erfordernisse der Situation (Hier-und-Jetzt-Paradigma) eingehen kann.

Folgedessen erwarte ich hier v.a. die Interventionen Konfrontation KO und Emotionales Erleben AF; etwas weniger auch Erleben des Körpers EK.

In der Weiterentwicklung durch Hilarion Petzold (1993 und 1996) in Europa kommen noch stärker der **Körperbezug** und die **Kreativität** zum Zuge (Kategorien Erleben des Körpers (EK). In der Form des Ostküstenstils (Kap. 2.3.1.4) von Polster und Polster (1975) z.B. finden wir mehr Biographische Arbeit (Klärung, KV) als in der klassischen Form (vgl. Thomae 1987, Polster 1987).

- Weitere Ansätze

Systemische Therapien berücksichtigen insbesondere soziales Umfeld eines Klienten. Interventionsarten sind je nach metatheoretischem Hintergrund den psychoanalytischen, humanistischen oder kognitiven Therapieformen ähnlich (Kapitel 2.3.1).

Die **Interaktionalen Therapieformen** stellen den Beziehungsaspekt in den Vordergrund (siehe z.B. Interaktionale Verhaltenstherapie). Sie bilden quasi die Verbindung von kognitiven und systemischen Therapien, auch in den Interventionen.

2.3 Modelle der Psychotherapie

Wenn wir uns nun wiederum am erweiterten Ebenen-Modell von Blaser et al. (1992) orientieren, fehlt uns noch die alleroberste Ebene, die der **Meta-Theorien**. Die Theorien also, welche wichtige Grundsätze und „a-prioris“ (Petzold) wie die Anthropologie (Menschenbild), die Wissenschafts- oder die Erkenntnistheorie beinhalten (Petzold 1993: Tree of Science).

Zur Wortwahl „Modell“ hat mich Walter Herzog (v.a. 1984, aber auch 1982) inspiriert. Andere Autoren sprechen von Grundkonzepten, Metatheorien oder gar Paradigmen.

Eine systematische Beschreibung der Grundkonzepte findet sich beispielsweise bei Kriz (1991), Corsini (1983) oder auch in den neuen Lehrbüchern von Davison/Neale (1996), Sieland (1996) und Comer (1995).

Hintergründe zu Psychotherapie, gesellschaftliche Legitimation, Funktionen der Psychotherapie, **Weltanschauungspsychologie** waren schon seit jeher Themen v.a. in der Theoriebildung (siehe z.B. das umfangreiche Werk von Benesch). Die meisten Therapieformen verfügen über eine (zumindest rudimentäre, implizite) Meta-Theorie für ihre Standpunkte. Diese Hintergründe etwas expliziter zu machen ist das Anliegen der folgenden Abschnitte.

2.3.1 Grundkonzepte und Metatheorien der Psychotherapie

Was überhaupt ist Psychotherapie ?

Der Meta-Theorie-Diskussion (Comer nennt sie „Modelle“, Atkinson „Approaches“) möchte ich eine **allgemeine Definition von Psychotherapie** voranstellen:

„Psychotherapie ist ein **bewusster** und **geplanter interaktioneller Prozess** der **Beeinflussung** von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen, die in einem **Konsensus** (möglichst zwischen Patient, Therapeut und Bezugsgruppe) für behandlungsdürftig gelten, mit **psychologischen Mitteln** (durch Kommunikation) meist verbal, aber auch averbal, in Richtung auf ein definiertes, nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes **Ziel** (Symptomminimalisierung und/oder Strukturänderung der Persönlichkeit) mittels lehrbarer **Techniken** auf der Basis einer **Theorie** des normalen und pathologischen Verhaltens“ (Strotzka, 1975, meine Hervorhebungen).

Weil es viele erdenkliche Möglichkeiten gibt, menschliche Psychopathologie, also abnormes Erleben und Verhalten, zu beschreiben, gibt es auch viele Modelle. Auf der Metaebene sind es aber nur etwa deren sechs oder sieben, welche heute für Theorie und Praxis eine Rolle spielen. In Ahnlehnung an Comer (1995) beschreibe ich die „**psychopathologischen Modellen**“ folgendermassen:

Es gab und gibt zahlreiche unterschiedliche „Lösungen“: manche beruhen auf philosophischen VorHypothesen, andere auf wissenschaftlichen, manche vorwiegend auf subjektiver Erfahrung, andere wiederum auf quantitativen empirischen Daten. Obwohl wir es vielleicht nicht wissen, gehen wir wahrscheinlich alle von unserem eigenen, **impliziten theoretischen Rahmen** aus.

In der Wissenschaft heissen solche Sichtweisen **Paradigmen** oder **Modelle**. Jedes stellt eine Reihe **expliziter Grund-Hypothesen** dar, die den untersuchten Bereich **strukturieren** und **Leitlinien** zu seiner Erforschung liefern (Kuhn 1962/76). Das Paradigma oder Modell beeinflusst, was die Forscher betrachten, welche Informationen sie als legitim betrachten und wie sie diese Informationen interpretieren. Wir müssen also das Modell berücksichtigen, das die jeweilige Sicht psychischer Störungen formt.

Bis vor kurzem waren diese Sichtweisen monolithisch und stark kulturell determiniert; d.h. auf einem bestimmtes Gebiet und zu einer bestimmten Zeit dominierte ein einziges Modell, das eingebettet war in die Metaphern des vorherrschenden **Weltbildes** (z.B. die Dämonisierung psychischer Störungen im Mittelalter).

Dies änderte sich in diesem Jahrhundert aufgrund von Veränderungen des **Wertsystems** sowie von Verbesserungen in Qualität und Quantität der klinischen Forschung.

Da diese Modelle auf unterschiedlichen Hypothesen und Begriffen beruhen, widersprechen sie einander manchmal, und die Verfechter des einen mokieren sich häufig über die „naiven“ Interpretationen, Forschungsarbeiten und Behandlungsversuche der anderen. Zugleich ist keines der Modelle in sich vollständig; jedes konzentriert sich auf **einen Aspekt des menschlichen Erlebens und Verhaltens**, und keines kann das gesamte Spektrum des Pathologischen erklären.

Allgemeiner Hintergrund für die folgenden Modelle bilden diese wissenschaftlichen Positionen oder **Paradigmen** (Kuhn 1976, Huf 1992 u.a.):

- Medizinisches Paradigma
- Sozialwissenschaftliches Paradigma
- Hermeneutisch-geisteswissenschaftliches Paradigma
- Naturwissenschaftliches Paradigma

Diese verschiedenen Wissenschafts- und Erkenntnistheoretischen Positionen werden im Diskussionsteil noch genauer erörtert und diskutiert (Kap. 6.2).

Eine psychotherapeutische Meta-Theorie sollte also die verschiedensten Elemente möglichst **stringent** unter einen Hut bringen können. Einen Hintergrund definieren, auf dem Prozesse, Beeinflussungsmöglichkeiten, Mittel, Ziele, Techniken u.v.m. beschrieben werden können.

Mit der Erweiterung des Modells nach Blaser et al. (1992) und der Unterscheidung in einerseits Metatheorie und andererseits „realexplikativer“ oder Therapie-Theorie folge ich einem Modell der Integrativen Betrachtung von Psychotherapie, dem sog. „Tree of Science“ von Hilarion Petzold (1993a, Band II). Dies ist ein **Ordnungssystem**, eine „Metafolie“, mit deren Hilfe z.B. implizite Theorien explizit gemacht werden können und somit Menschenbild und andere schwer zu erfassende Hintergründe psychotherapeutischen Arbeitens sichtbar gemacht werden können. Es dient nicht zuletzt dazu, mögliche Kriterien zu einer „Theoretischen Integration“ (Kap. 2.4.3 und 6.4) bereitzustellen.

Es ist ein Modell, welches die Paradigmen der Philosophie, Theologie, Medizin Geistes- und Naturwissenschaft als gleichwertige, sich ergänzende Erklärungsmodelle betrachtet. Es versteht sich als **Metahermeneutik** für Psychotherapie und erweitert die bereits vorgestellten Modelle von Blaser und Grawe erheblich. Ich möchte dieses hier deshalb als Ergänzung zu Grawe's 4-Faktoren-Modell und Blasers 4-Ebenen-Modell auf die hier zu untersuchenden Therapieformen anwenden.

I. Metatheorie (allgemeine Grundlagen/Hintergrund)

- Erkenntnistheorie (wie erkenne ich die Welt?)
- Anthropologie (was ist der Mensch? **Menschenbild**)
- Ethik (was darf/soll ich tun? **Wertvorstellungen**)
- Wissenschaftstheorie (Definition von Wissenschaft, Forschungsmethodik etc.)
- Gesellschaftstheorie (Formen mitmenschlichen Zusammenlebens)

II. Therapietheorie (allgemeine und spezielle Theorie der Psychotherapie)

- Allgemeine Theorie (Begründung, Sinn, Möglichkeiten und Grenzen des Verfahrens)
- Spezielle Theorie (Theorie des psychotherapeutischen Prozesses)
- Persönlichkeitstheorie
- Entwicklungstheorie
- Gesundheits- und Krankheitsverständnis, Psychopathologie

III. Praxistheorie

- Interventionslehre
- Behandlungstechnik, Methodenlehre
- Praxisfelder (z.B. Diagnostik, Indikation, Prognose, Gutachten)

Tabelle 5: Die drei Ebenen der Psychotherapie (sog. „Tree of Science“, Petzold 1993)

Erwähnenswert ist, dass diese Konzeption Eingang gefunden hat in die für die Schweiz gültige „**Charta für Psychotherapie**“, welche von den meisten Ausbildungsinstitutionen unterschrieben wurde. Die Inhalte für das Ausbildungselement „Theorie“ werden somit verbindlich geregelt. Es ist anzunehmen, dass auch auf politischer Ebene dieser Katalog für die **Anerkennung eines Verfahrens** massgeblich sein wird.

Ich möchte hier bereits behaupten, dass die Hauptunterschiede v.a. auch der neueren integrativen Therapie-richtungen gerade im Bereich dieser Metatheorien liegen und nicht so sehr im praktischen Vorgehen (siehe Hypothese 4). Hier sind sie sich oft verblüffend ähnlich. Dies war umso mehr der Eindruck, nachdem ich über 90 verschiedene Therapeut/Klient-Paare auf Video miterlebt habe.

Ich hoffe, dass im folgenden diese verschiedenen metatheoretischen Positionen deutlich werden.

2.3.1.1 Psychodynamisches Modell

Comer (1995) schreibt, dass in dieser Sichtweise der Mensch „von untergründigen psychischen Kräften bestimmt wird, deren sich die Person nicht bewusst ist (...). Die Interaktion [dieser Kräfte] formt das Verhalten“. Psychische Störungen sind die „Folgen **innerpsychischer Konflikte**, d.h. unbewusste Versuche, diese Konflikte zu lösen und einen schmerzlichen inneren Aufruhr zu dämpfen. (...).

Es handelt sich um einen Menschen, dessen grundlegende Bedürfnisse und Motive sich in einem disharmonischen Zustand befinden (...). Es besteht die **deterministische** Hypothese, dass kein Symptom oder Verhalten „zufällig“ ist“ (S. 38ff.).

Die psychodynamisch orientierten Theoretiker haben uns auch darauf hingewiesen, dass gestörtes Erleben und Verhalten in denselben Vorgängen wurzeln kann wie normales. **Psychische Konflikte sind eine universale Erfahrung**; sie führen, psychodynamisch betrachtet, nur dann zu Störungen, wenn der Konflikt übermächtig wird. „Diese Auffassung spricht für eine humane und respektvolle Einstellung gegenüber Menschen, die als psychisch gestört gelten“ (Comer 1995).

Mario von Cranach (1995a) beschreibt dieses Modell etwas „holzschnittartig“ (ebenda) so:

„Der Mensch ist als **biologisches Wesen** der **Kausalität unterworfen** und von **Trieben** („ES“) beherrscht, denen andererseits **gesellschaftliche Normen** („UEBER-ICH“) gegenüberstehen. In diesem unausweichlichen, auch in typischen Entwicklungsverläufen angelegten **Konflikt** kann er versuchen, durch **bewusste Rationalität** („ICH“) zu vermitteln und zu steuern. Dementsprechend sind die Grade der **Bewusstheit** wichtig“.

Das psychodynamische Modell hat in den letzten Jahrzehnten folgende „Theorien zweiter Generation“ (Grawe 1995a, auch Kapitel 2.4.1) hervorgebracht:

- **Ich-Psychologie**: Die Ich-Psychologen (z.B. Anna Freud oder Erik H. Erikson) postulieren, dass das Ich eine unabhängigere und stärkere Kraft ist, als Freud zu erkennen glaubte. Zudem verfügt es auch über „konfliktfreie“, autonome Funktionen und strebt nach Macht und Kompetenz. Von Erik H. Erikson (1956) stammt denn auch die einflussreiche Konzeption der Entwicklung der „Ich-Identität“. Bei einer gesunden Entwicklung einer Person ist das Ich stark genug, um viele Schwierigkeiten zu überwinden.

- **Theorie der Objektbeziehungen**: Hier verschiebt sich die Freudsche Triebkonzeption zu einer Theorie der zwischenmenschlichen Beziehungen als Antriebsquelle: Menschliche Objekte (ein etwas unglücklicher Begriff) sind deshalb wichtig, weil die Menschen hauptsächlich durch ein Bedürfnis nach Beziehungen zu anderen angetrieben werden. **Internalisierte Objekte**, d.h. konstante innere Bilder abwesender Personen, tragen zur Entwicklung des **Selbstbildes** bei (siehe Melanie Klein, Margret Mahler 1980, Otto F. Kernberg 1980, Winnicott 1951, Fairbairn u.a.).

Deshalb wird die früheste Beziehung des Säuglings zu seiner Haupt Bezugsperson zur „Schablone“ oder zum Modell für die Beziehungsmuster seines späteren Lebens (Cashdan 1990). Von Winnicott (1951) stammt das Konzept der „good enough mother“, welche nicht perfekt sein muss, aber genügend anwesend, empathisch und konstant im Verhalten und im Umgang mit dem Kind, sodass sich ein förderliches „Mutter-Schema“ herausbilden kann.

- **Theorie des Selbst**: Diese v.a. von Heinz Kohut begründete Richtung innerhalb der Psychoanalyse besagt, dass es das „Selbst“ ist, welches die festgefügte Persönlichkeit und das eigene Identitätsgefühl definiert. Das grundlegende menschliche Motiv liegt hier in der **Bewahrung und Verstärkung seiner Ganzheit** (Kohut 1979). Mit der Objektbeziehungstheorie eingehend sind Beziehungen zu Selbstobjekten von zentraler Bedeutung. Der Mensch hat überdies ein „Bedürfnis nach **Spiegelung**, um ein Selbstobjekt, das Gelassenheit, Unfehlbarkeit und Macht verkörpert“ entwickeln zu können. Er muss Objekten (Mutter, Vater, Lehrer etc.) in seinem Leben begegnen, die es idealisieren und mit denen es verschmelzen kann. Dadurch entsteht die „Fähigkeit, sich selbst zu trösten“ (Kohut 1979), ein Gefühl dazuzugehören und in die menschliche Gemeinschaft eingefügt zu sein. So entsteht und stärkt sich das **Selbstwertgefühl**. Der Mensch braucht das ganze Leben lang „stützende Selbst-Selbstobjekt-Beziehungen“ (ebenda). Nach Kohut existiert das Selbst in Beziehung zu anderen und strebt nicht nach völliger Unabhängigkeit oder Trennung. Die drei wesentlichen Bedürfnisse sind: Spiegelung, Idealisierung, Integriertsein. Therapie muss deshalb helfen, die in der Kindheit unerfüllt gebliebenen Bedürfnisse zu akzeptieren und auszudrücken und dadurch zu einem starken und **integrierten Selbstgefühl** zu kommen.

Kriz (1991) und Petzold (1993) nennen darüberhinaus folgende „**Grundorientierungen** der tiefenpsychologisch fundierten Therapieverfahren“:

- Formen der Psychoanalyse nach Freud
- Individualpsychologie nach Adler

- Analytische Psychotherapie nach Jung
- Daseinsanalyse (Binswanger, Boss)
- Transaktionsanalyse nach Berne
- Bioenergetische Analyse nach Lowen
- (Neo-)Reichianisch Verfahren der Körperpsychotherapie
- tiefenpsychologisch fundierte Verfahren künstlerischer Psychotherapie (analytische Musik-, Kunst-, Tanztherapie) usw.
- tiefenpsychologisch fundierte Gestalt- und Psychodramatherapie

2.3.1.2 Behaviorales Modell

Für Comer (1995) ist diese Modell „ebenfalls **deterministisch**: unsere Handlungen sind weitgehend von unseren Lebenserfahrungen bestimmt und folgen den **Gesetzmässigkeiten des Lernens**: klassische Konditionierung (Reflexlernen), operante (Instrumentelle) Konditionierung und Modellernen (modeling). (...) Ein Gross- teil des Verhaltens ist **konstruktiv** und **adaptativ**. Jedoch können auch unerwünschte Verhaltensweisen („Falsches“) gelernt werden“.

„Die Welt ist ein streng kausal geregelter **Mechanismus**, innerhalb dessen sich der Mensch (wie auch alle anderen Organismen) aus einem vergleichsweise ungeformten Zustand im Zuge seiner Lerngeschichte entwickelt. Sein Verhalten ist **reizgesteuert** („Antwort“ oder „Reaktion“); Gefühle und bewusste Kognitionen sind bedeutungslose Epiphänomene“ (v.Cranach 1995, S. 14).

Vielleicht der auffälligste Grund für die Attraktivität des lerntheoretischen Modells ist die Tatsache, dass behavioristische Theorien und Therapien im Labor **überprüft (beobachtet, gemessen)** werden können. Die Prinzipien von **Reiz, Reaktion und Verstärkung**, die einst die Eckpfeiler dieses Modells bildeten, wurden jedoch in etlichen Lernexperimenten in Frage gestellt, sodass sich auch hier „Theorien zweiter Generation“ (Grawe 1995c) bildeten. Solche Erweiterungen sind u.a.: die Theorie der **Selbstwirksamkeit** („Self-efficacy- expectation“ nach Albert Bandura 1977) und die vielen **kognitiv-behavioralen Therapien** (Meichenbaum, Kanfer, Ellis etc.), welche eine Brücke bilden zwischen dem lerntheoretischen und dem kognitiven Modell.

Zu den Verhaltenstherapien ist noch zu sagen, dass es diese in der reinen Form einer **Konditionierungstherapie** (mit Belohnung/Bestrafung, Verstärkung und Löschung usw. (z.B. Wolpe, Skinner)) heutzutage fast nicht mehr gibt. Die von mir untersuchte Form der Interaktionellen Verhaltenstherapie hat schon viele kognitive (d.h. bewusstmachende, klärende) Anteile und gehört somit auch zu den „kognitiv-behavioralen“ Verfahren.

Grawe hat diese IVT in den letzten Jahren kontinuierlich weiterentwickelt. Ueber die „Stationen“ Interaktionelle Verhaltenstherapie, Heuristische Psychotherapie, Schema-/Plananalyse (Caspar 1996), ist er heute bei der „Allgemeinen Psychotherapie“ (Grawe 1995c) angelangt (siehe Kapitel 2.4.2.2). Diese neuste Entwicklung ist definitiv nicht mehr nur aus der Verhaltenstherapie herleitbar, sondern beinhaltet schon per definitionem Elemente (v.a. Methoden und Interventionsarten) aus verschiedenen Psychotherapieformen und Modellen (siehe Kap. 2.4.2).

2.3.1.3 Kognitives Modell

Dies ist heute das an den Universitäten und Forschungsinstitutionen weitverbreitetste Modell. Es geht bei den Kognitivisten darum, **Inhalt und Form des menschlichen Denkens** zu verstehen (z.B. Attributionen). „Ausgangspunkt ist die **Computer-Analogie**: nach streng kausalen Prinzipien wirkt das in verschiedenen Gedächtnissen gespeicherte **Wissen (=Software)** auf den Organismus und sein **Verhalten (=Hardware)** ein. Die Verarbeitung der Information selbst erfolgt nach **formalen Algorithmen**, deren Erforschung das Ziel der Kognitiven Psychologie ist. [Es besteht] wenig Interesse an Verhalten oder Handeln (Computer handeln nicht, sie funktionieren automatisch nach Programmen entsprechend den Zielen des Benützers), ebensowenig an **Gefühlen** und bewussten Repräsentationen (Computer haben keine). Kurz: „**Der Mensch, eine durch Emotionen und Motive gestörte Datenverarbeitungsmaschine!**“ (von Cranach 1995a).

Für die Allgemeine Psychologie bedeuteten wohl Neissers (1967), Miller, Galanter, Pribrams (1960) sowie Piagets (z.B.1976, 1981) Konzeptionen die „**Kognitive Wende**“. Dieser „New Look“ hält bis heute an den meisten Universitäten an.

Einer der Begründer für die Klinische Psychologie war bereits in den fünfziger Jahren Albert **Ellis** mit seiner „Rational-emotiven Therapie“ (Ellis 1982). Weil ich innerhalb der „Gloria“-Vorstudie zu dieser Arbeit auch Ellis' Therapiestunde untersucht habe, komme ich darauf zurück (Kap. 4.3). Zentral in seinem Ansatz sind die „irrational beliefs“ und das sog. A-B-C der Psychotherapie (siehe auch Frauchiger 1993 oder v. Quekelberghe 1982).

Der andere Hauptvertreter ist Aaron **Beck**, der mit seiner Depressionskonzeption bekannt wurde (Beck 1990). Gemäss Beck bewirken „negative Gedanken“ und unlogische Denkprozesse, Denkfehler, selektive Wahrnehmung sowie Uebergeneralisierung die meisten psychischen Störungen. Dementsprechend konzentriert sich seine kognitive Therapie auf die Analyse und Modifikation dieser **kognitiven „Schemata“**.

Weitere bekanntere Ansätze stammen von Lazarus („Basic ID“), Meichenbaum, Kanfer und Bandura (s.o.). Grawes „Interaktionale Verhaltenstherapie“ gehört auch hierher. Sein neuester Therapieentwurf, die ebenfalls hier untersuchte „Allgemeine Psychotherapie“ integriert in erster Linie Methoden aus diesem Modell.

Dass dieses Modell das menschliche Denken als Hauptquelle für normales oder gestörtes Verhalten sieht, macht es für viele Theoretiker so attraktiv. In der Praxis scheint es hingegen weit weniger verbreitet zu sein.

Es besteht hier offensichtlich ein **Ursache-Wirkung-Problem**: die fehlangepassten Kognitionen könnten auch eine Folge statt eine Ursache ihrer Schwierigkeiten sein. Kognitionen machen unseres Erachtens nur einen Teil des menschlichen Erlebens und Verhaltens aus. Sind Menschen nicht mehr als ihre Gedanken - sogar mehr als die Summe ihrer Gedanken, Gefühle und Handlungen ?

Grundorientierung der kognitiv-behavioral fundierten Therapieverfahren (gemäss Kriz 1991 bzw. Petzold 1993):

- Klassische Verhaltenstherapien (Wolpe, Watson, Skinner)
- Selbstregulation (Frederick H. Kanfer)
- Modellernen (Albert Bandura)
- Selbstinstruktion (Donald W. Meichenbaum)
- Kognitive Therapie (Aaron T. Beck)
- Multimodale Therapie (Arnold A. Lazarus)
- Rational-emotive Therapie (Albert Ellis)
- Interaktionelle Verhaltenstherapie (Klaus Grawe)
- Schema/Plan-analytische Therapie (Franz Caspar)

2.3.1.4 Humanistisch-existentielles Modell

Ursprünglich in **Abgrenzung** zu einerseits der Psychoanalyse und andererseits dem Behaviorismus entstand der „**dritte Weg**“, zuerst in der allgemeinen Psychologie (z.B. Abraham Maslow 1973, Charlotte Bühler u.a.). Diese Theoretiker, wie auch spätere Praktiker, wie Rogers und Perls, teilen die folgenden Themen als gemeinsamen Boden: **Selbstbewusstsein, Werte, Sinn und Freiheit**. Diese „grossen“ Themen des Menschen wurden v.a. im Behaviorismus sehr vermisst. Die Psychoanalyse war gegenüber diesen Dimensionen sehr pessimistisch eingestellt. Für die Humanisten ist die Hauptursache für psychische Störungen ein **Gefühl der Wertlosigkeit** und Unfähigkeit, das den Menschen daran hindert, sich selbst zu verwirklichen. Rogers spricht vom **negativen Selbstbild**, das inkongruent zum Idealbild ist. Es geht also um eine Wiederherstellung dieser Diskrepanz und um die **Förderung der Potentiale** und Fähigkeiten eines Menschen.

Diese **sehr optimistische Einstellung** wird von den Existentialisten nicht geteilt. Für sie haben Verwirrung und emotionale Belastung der modernen Gesellschaft „Schuld“ am individuellen Leiden. Freiheit wird delegiert an Führung und Autorität anderer. Es entsteht ein **leeres, nichtauthentisches Leben**. Vertreter dieser aus dem Existentialismus stammenden Therapierichtung sind beispielsweise Rollo May und Victor Frankl.

Trotz grosser **Heterogenität** unter den vielen Therapieformen besteht eine gemeinsame Ueberzeugung: dass Menschen selbstbestimmte Wesen sind und über ein enormes **Wachstumspotential** verfügen und dass die **Selbsterforschung** den Schlüssel zu diesem Wachstum darstellt.

Dieses Modell hat die meisten Psychotherapieformen (wohl auch viele nicht effektive oder gar schädliche) hervorgebracht.

Auch dieses Modell verfügt über eine grosse Anziehungskraft: Es spricht die „grossen“ menschlichen Probleme an, statt nur einen Aspekt des Erlebens und Verhaltens: Selbstakzeptanz, persönliche Werte, persönlicher Sinn, persönliche Entscheidungsfreiheit usw. Das Schwergewicht liegt auf der **Gesundheit statt auf der Krankheit**. Es geht um Menschen, die ihr besonderes **Potential** erst noch entfalten müssen, es besteht **keine deterministische Auffassung**.

Leider sind diese Aspekte der Forschung schwer zugänglich; deshalb werden von den Vertretern dieses Modells oft die heutigen experimentellen Methoden abgelehnt. Alternativen wären der vermehrte Einsatz von Logik, Introspektion und qualitative Forschung in Form von Einzelfallstudien (weiteres hierzu ist dem Kapitel 6.2 zu entnehmen).

Dieses in der Praxis wohl am meisten verbreitete Modell ist leider aus obenstehenden Gründen das am wenigsten beforschte. Es scheint für Psychotherapieforscher nicht attraktiv und „schick genug“ (Petzold) zu sein,

sich mit diesen humanistischen Therapien auseinanderzusetzen. So entsteht in der Tat ein Mangel an Studien zum Prozess und der Wirksamkeit der hier subsummierten Psychotherapieverfahren.

Grundorientierung der phänomenologisch-hermeneutisch fundierten Therapieverfahren:

- Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie
 - empirische Ausrichtung (Biermann-Ratjen, Tscheulin)
 - klassische Form (Carl R. Rogers 1962)
 - Zielorientierte Gesprächstherapie (Reiner Sachse 1990)
- Gestaltpsychotherapie
 - Westküstenstil (Fritz Perls 1973, Rosenblatt)
 - Ostküstenstil (Laura Perls 1989, Zinker, Willi Butollo 1992); „Cleveland Schule“ (Polster's 1975)
 - Europäisch-klassische Gestalttherapie (IGW und IGG)
- Psychodrama (J.L. Moreno)
- Integrative Therapie (Hilarion Petzold: Fritz Perls Institut FPI)
- Logotherapie (Victor Frankl)
- Integrative Bewegungstherapie (Hilarion Petzold)
- Konzentrierte Bewegungstherapie
- Kunsttherapieformen: Musik, Drama, Malen etc.

2.3.1.5 Biologisches Modell

Dieses, natürlich nicht psychologische Modell, erlebt ähnlich dem kognitiven momentan ein beträchtliches Ansehen, eine **Hochkonjunktur**. Es liegt auf der Hand, dass es viel bequemer ist, anonym an Patienten Medikamente abzugeben und auf die (meist innerhalb zwei bis drei Tagen eintretenden) Wirkung zu warten. Erfolge stellen sich bei richtiger Indikation sehr schnell ein - dies ist insbesondere für die fachlich ungeschulte Öffentlichkeit eine attraktive, weil sensationelle Heilmethode.

Die Probleme liegen unseres Erachtens primär bei der **Indikationsfrage**. Für biologisch verursachte Störungen, wie Demenzen und einige (exo- und endogene) Psychoformen scheint eine Medikation angezeigt. Doch gibt es sogar für diese Populationen Hinweise für eine sinnvolle **Kombination** mit Psychotherapie (z.B. Böker/Brenner 1986).

Attraktivität besteht natürlich auch für die (chemische) Industrie. Im Gegensatz zu den anderen hier vorgestellten Modellen mit ihren Therapieverfahren werden hier Materialien (Medikamente, Geräte) benötigt; diese sind überdies sichtbar und auch der Laie kann intuitiv nachvollziehen, „um was es da geht“.

Comer (1995) schlussfolgert: „Unser psychisches Leben ist ein **Zusammenspiel** biologischer und nichtbiologischer Faktoren, und es ist wichtiger, dieses Zusammenspiel zu erforschen, als sich ausschliesslich auf biologische Variablen zu konzentrieren“.

Das biologische Modell hat aus naheliegenden Gründen keine eigenen Psychotherapieformen hervorgebracht. Primäres Therapeutikum ist hier die Medikation...

2.3.1.6 Soziokulturelles, Systemisches und Interpersonales Modell

Dieser jüngste Ansatz der Psychotherapie stellt sich folgende Fragen: „Welche **Normen** und **Werte** vertritt die Gesellschaft? Welche Rollen spielt die Person in ihrem sozialen Umfeld? Welche **Familienstruktur** wirkt auf das Individuum ein? Wie sehen es andere Menschen und wie reagieren sie auf es?“

Als einziges Modell wird hier eine **personenübergreifende, soziale Sichtweise** vertreten. Die Therapie findet denn auch meistens im **Paar-, Familien- oder Gruppensetting** statt.

Interessant ist, dass in den Familientherapien meistens eine weitere Grundorientierung in einem anderen Modell (psychodynamisch (Willi), humanistisch (Satir), kognitiv (Hahlweg)) besteht. Es handelt sich hier deshalb eher um eine **Sichtweise** denn um ein komplettes Modell psychischen Funktionierens.

Praktiker sind dank dieser Sichtweise im grossen und ganzen sensibler geworden für den negativen Einfluss klinischer Etiketten („**Labeling**“). Soziokulturelle Erklärungen werden mehr und mehr als Ergänzung biologischer und psychologischer Modelle einbezogen (siehe „Integrative Modelle“).

Grundorientierung der systemisch fundierten Therapieverfahren:

- Psychoanalytische Familientherapie (Stierlin)
- Strukturelle Familientherapie (Minuchin)
- Humanistische Familientherapie (Satir)
- Strategische Familientherapie (Mailänder Schule: Selvini-Palazzoli)
- Palo Alto Schule (Watzlawick) u.a.

2.4 Integrative Modelle der Psychotherapie

Jedes dieser oben besprochenen Modelle hilft uns, eine wichtige klinische Dimension des menschlichen Erlebens und Verhaltens zu begreifen; jedes hat aber **bedeutsame Stärken und Schwächen**.

Zwar weichen die heutigen Modelle inhaltlich stark voneinander ab, doch ihre Schlussfolgerungen sind oft miteinander vereinbar (vgl. z.B. Friman et al. 1993).

Dass diese Modelle sich gegenseitig **gut ergänzen** können, stellen auch Franz Caspar und Klaus Grawe (1987) fest: „Psychodynamische Vorstellungen helfen beim Verständnis unbewusster Prozesse und bei Motivationskonflikten; lerntheoretische Konzepte helfen, Umwelteinflüssen Rechnung zu tragen; humanistische und interpersonale Ansätze helfen bei der Beziehungsgestaltung; systemische und humanistische Ansätze helfen, Entwicklungsprozesse angemessen zu konzipieren usw.“

Das in der Psychiatrie weitverbreitete „**bio - psycho - soziale Modell**“ ist ebenfalls ein gutes Beispiel für die Verträglichkeit und Ergänzbarkeit der Modelle.

Comer (1995) formuliert die Verträglichkeit so: „Wenn sich auch jedes der Modelle auf eine andere Art von Ursachenfaktoren konzentriert, müssen sich ihre Ergebnisse durchaus nicht widersprechen“.

Eine weitere Integrationsmöglichkeit für die praktisch-therapeutische und ätiologische Ebene bilden die in letzter Zeit aufkommenden **Diathese-Stress-Modelle** (z.B. Leprow/Ferstl in Reinecker 1994, Davison/Neale 1996 sowie Schlussteil dieser Arbeit), worin biologische, determinierende Faktoren und psycho-soziale auslösende Momente gleichermaßen berücksichtigt werden.

Bei der Depression sähe dies beispielsweise so aus: Störung im Neurotransmitterhaushalt (biologisches Element) als prädisponierender Faktor, ein einschneidender Verlust („life event“, soziale Komponente) als auslösender Faktor, Denkfehler und dysphorische Stimmungslage (psychologischer Anteil) als aufrechterhaltender Faktor.

2.4.1 Entstehung und Entwicklung von psychologischen Theorien

Grawe bezeichnet gemäss Foppa (1984, 1990) die den meisten klassischen Therapie-Ansätzen zugrundegelegten Theorien als „**Perspektivtheorien**“, weil sie ursprünglich dazu dienten, „bestimmte Ordnungen in das psychische Geschehen hineinzusehen“ (Grawe 1995a). Sie legten also erste Wege durch das Dickicht der therapeutischen **Komplexität**, haben also nützliche Funktionen, regten weitere Schritte an etc. So wirkten sie aber auch „**Tatsachen generierend**“ und sollten sich selber erklären und wissenschaftlich fundieren.

Weil aber diese „Theorien erster Generation“ (ebenda) nicht den heutigen wissenschaftlichen Anforderungen genügen, sei es erforderlich, sog. „**Theorien zweiter Generation**“ zu entwickeln. Diese haben empirisch alle Fakten möglichst objektiv zu erheben um zu „**Erklärungstheorien**“ (Foppa 1984) zu werden. Diese werden später wiederum korrigiert (oder gar falsifiziert) und erweitert, führen zu neuen Vorgehensweisen und zu „Theorien dritter, vierter, n-ter Generation“ u.s.w. (vgl. Abbildung 5).

So wird dann von Klaus Grawe (1995c) eine „Allgemeine Psychotherapie“ begründet, eine „integrative“ Richtung, welche ausschliesslich auf empirisch gesicherten Erkenntnissen gründet und dauernd neue hinzuintegriert. Von so strengen Kriterien ausgehend, kann es nicht verwundern, dass diese Therapieform bislang Stückwerk blieb. Sogar das „Generic Model“ von Orlinsky und Howard sei zu wenig wissenschaftlich abgesichert; es sei zwar plausibel, aber eben kein empirisch abgesicherter Therapie-Rahmen. (Weiteres zur APT siehe Kapitel 2.4.2.2).

Die vier bereits besprochenen Wirkfaktoren hingegen gründen ausschliesslich auf der Sichtung und Analyse tausender Psychotherapiestudien (dazu Grawe et al. 1994).

2.4.2 Integration, Eklektizismus und Common Factors

Bei der Suche nach solchen „Theorien zweiter Generation“ wurde deutlich, dass eigentlich keines der nachfolgend erwähnten Verfahren und Modelle den strengen Grawe'schen **Kriterien der Empirie** entspricht. Insbesondere die Theorien der Gruppe „theoretische Integration“ stützen sich vielmehr auf Metatheorien, welche mittels empirischem Vorgehen wohl nie „bewiesen“ werden können.

Eine Psychotherapie ohne **Metatheorie** (also ohne Menschenbild, ohne Ethik!) scheint mir aber sehr fragwürdig zu sein. Ueberdies auch unmöglich: auch die „wertfreien“, rein empirischen Theorien enthalten implizite Hypothesen über das Wesen des Menschen, über Ziele, Pathologie, Gesellschaft etc. Wenn also jemand behauptet, **wertfrei und objektiv** zu arbeiten, zeigt sich bereits ein implizites Menschenbild: der Glaube an eine Psycho-Technologie ohne menschliche „Verzerrungen“ der Wahrnehmung und an eine objektive Faktenwelt der **Messbarkeit**, Machbarkeit und Unumstößlichkeit. Wenn dann ein ungerades mal ein Vertreter dieses „objektiven“ Modells sich an eine Metatheorie heranwagt, kommen solch schreckliche Visionen wie das Skinnersche „Futurum II“ (Skinner 1972) zum Vorschein ... Kritisch zu dieser empiristischen Entwicklung siehe z.B. Varela/Maturana 1990 u.a. Die Beiträge zum **Konstruktivismus** von Watzlawick (1980) oder Neimeyer (1993) problematisieren ebenfalls die naive Sichtweise einer objektiv feststellbaren Faktenwelt. Die subjektive Relativität und auch die Bedeutung des von jedem Einzelnen Wahrgenommenen lässt keine allgemeinen Schlüsse zu – es lassen sich wohl nur im Einzelfall Rückschlüsse auf die individuelle Sichtweise machen.

Doch nun zurück zu unserem Thema des „integrative movement“:

Mahrer (1989) hat sehr schön umrissen, worum es bei der Integration von Psychotherapieverfahren gehen sollte:

- a) Integration means **developing new theories** of psychotherapy that organize or integrate a family of psychotherapies. This leads to a **reduction** in the number of therapies in the field.
- b) Integration means that most therapies **pick and choose** from a public marketplace of quite concrete and specific operations and procedures and things that therapists do. The various therapies retain their essential differences; but there is **greater exchange or integration** at the operational level of what therapists actually do.
- c) Integration means that something is done about the large number of **languages** or vocabularies there are in the field of psychotherapy. Maybe we can work toward a more or less **common vocabulary**, or at least identify words and terms that seem to have much the same meaning.
- d) Integration means developing a **single super-psychotherapy**, one comprehensive framework that integrates all or most others.
- e) Integration starts with the belief that **there are lots of commonalities** across the various therapies, common dimensions that are shared by the various therapies. According to this meaning, therapies are combined or integrated along these commonalities and we should end up with a smaller number of more integrated therapies.
- f) Integration means that all or most of the therapies are available as treatments once we diagnose the problem. Then we can **select the most appropriate treatment** or therapy for the given problem. Here are six different strategic meanings of integration, each with its own version of what would and should happen to the field of psychotherapy. (p. 17)

Bevor wir nun zu den einzelnen Vertretern innerhalb dieses Paradigmas kommen, müssen die Konzepte „Integration“ und „Eklektizismus“ definiert werden:

a) **Eklektizistische Theorien:** Im Zusammenhang mit psychotherapeutischen Verfahrensweisen steht dieser Begriff für die „**selektive Anwendung** grundlegender wissenschaftlicher Interventionsstrategien auf der Basis systematischer Untersuchungen über Ursachen psychischer Störungen und über Wirkungsweisen von Strategien zur Verhaltensmodifikation“ (Thorne 1982). „Sie kennzeichnen ein **Uebergangsstadium** zwischen alten, teilweise überholten Standpunkten und neuen, noch zu spezifizierenden Theorieentwürfen“ (Kommer 1982).

b) **Integrative Theorien:** Dieser Begriff ist „strenger“ gefasst. Er umfasst diejenige Teilmenge „eklektischer“ Theorien, welche zusätzlich auch die **theoretischen Widersprüche** der zusammengetragenen Elemente auflösen (mittels **Theorie(neu)bildung**), also eine „in sich konsistente, widerspruchsfreie Integration“ (Dieterich in Huf 1992) erlauben und so den „Kriterien der systematischen Theorieentwicklung“ (Kommer 1982) gerecht werden.

Norcross und Newman (1992; auch Arkowitz 1989 und 1992) haben in ihrem Ueberblicksartikel eine Dreiteilung von Integrationsansätzen vorgeschlagen: Integration auf der Ebene der Theorie, Integration aufgrund von common factors (gemeinsamen Wirkfaktoren) und auf der Ebene von Methoden/Techniken. Ich folge dieser Sichtweise im folgenden:

a) Technischer Eklektizismus

Dies ist die „toleranteste“ Form von „Integration“. In pragmatischer, am Nützlichkeitsaspekt orientierter Weise werden die „besten“ Elemente aus den bestehenden Therapieformen zusammengetragen. Die Verträglichkeit der Herkunftstheorien wird nicht geprüft. Es handelt sich um ein a-theoretisches Vorgehen. Es geht darum

„to improve the ability to select the best treatment for the person and the problem, (...) they pay less attention to why these techniques work and instead focus on predicting for whom they will work“ (Arkowitz 1992).

Hier ist sozusagen alles erlaubt. Es finden sich „wilde“ Eklektiker, aber auch durchaus ernst zu nehmende Forscher wie Lazarus (1991) und Beutler/Clarkin (1990).

Es stehen hier die anzuwendende Technik oder Intervention im Vordergrund. Es ist sicher der pragmatischste Ansatz unter den kombinierten Therapiemethoden. Zurecht kann man hier aber nicht mehr von Integration sprechen, weil ein übergeordneter Rahmen gänzlich fehlt. Es geht in erster Linie um punktuell losgelöste Situationen in der Therapeut-Klient-Interaktion.

So gesehen, können die meisten Verfahren des kognitiv-behavioralen Modells (Kap. 2.3.1.3) dem Eklektizismus zugeschrieben werden.

Explizit als Eklektiker sieht sich Arnold **Lazarus** (z.B. 1991). Er war einer der ersten überhaupt, welche einsehen, dass das Heil wohl nicht in einer einzigen Therapieschule zu suchen ist, sondern sich zusammensetzt aus den verschiedensten Erkenntnissen. Seine „Multimodale Verhaltenstherapie“ bezieht sich auf folgende „Funktionsklassen“, welche den Menschen ausmachen (sog. BASIC ID):

- Behavior (Verhaltensebene)
- Affect (Emotionalität)
- Sensation (Sinnesempfindungen)
- Imagery (bildhafte Vorstellungen)
- Cognition (Werte, Einstellungen, Konzepte)
- Interpersonal Relationships (zwischenmenschliche Beziehungen)
- Drugs (physische Aspekte und Substanzabhängigkeit)

Die Konzeption von **Beutler** und **Clarkin** (1990) „Systematic Treatment Selection“ gehört auch zu den technisch-eklektizistischen Integrationsansätzen.

Die weiter hinten (Kap. 2.4.2.2) zu besprechende Therapierichtung von Klaus Grawe bewegt sich m.E. langsam aber sicher von einer ursprünglich eklektischen Position weg in Richtung theoretischer Integration. Weil die APT noch recht neu und „im Wandel“ ist, erscheint es schwierig, eine abschliessende Klassifikation vorzunehmen.

b) Common factors approach

Die Position einer Integration mittels der gemeinsamen bzw. unspezifischen Wirkfaktoren (siehe Kapitel 2.2) bildet eine Mittelstellung zwischen methodisch orientiertem Eklektizismus und theoriegeleiteter „echter“ Integration.

Wenn der Anteil gemeinsamer, unspezifischer, allgemeiner Faktoren (siehe empirischer Teil dieser Arbeit) unter den Psychotherapieschulen tatsächlich gross sein soll (ca. 76% bei Blaser 1989, Kap. 4.4) liegt es nahe, anzunehmen, dass Therapieelemente aus unterschiedlichen Schulen miteinander kombiniert werden können. Ebenfalls pragmatisch orientiert, wird versucht, anhand eben dieser Gemeinsamkeiten eine „saubere“, konsistente Psychotherapieform zu entwickeln: „They search for Elements, that they may share in common“ (Arkowitz 1992).

Nachdem Frank (1981, orig. 1962) die allgemeinen Faktoren formuliert hatte, machte sich Garfield (1982, 1995) daran, diese Faktoren seinem Therapiekonzept zugrunde zu legen.

Sol L. **Garfield**, Therapieforscher der ersten Stunde und Mitherausgeber des Standardwerkes „Handbook of clinical Research and behavioral Change“, hat seine Vorstellungen letztmals im neu aufgelegten Werk „Psychotherapy: An integrative and eclectic Approach (1995)“ formuliert. Die Erstauflage 1980 (deutsch: 1982) hatte nur das Label „eclectic“. Tatsächlich beziehen sich einige Neuerungen auf Themen, welche das Label „integrativ“ verdienen. Eine theoretische Integration findet hingegen nicht statt.

Garfield (1982) stellt fest, dass „sich die Patienten eher zufällig auf die einzelnen Therapieformen verteilen. Die Effektivität einer einzelnen Therapieform ist geringer als die **mögliche Maximaleffektivität**, da jede Therapierichtung lediglich einen oder maximal zwei Aspekte der Persönlichkeit betont. Würden dem Therapeuten Verfahren aus unterschiedlichen Therapierichtungen zur Verfügung stehen, könnte er die spezifischen Persönlichkeitskomponenten **systematisch berücksichtigen** und für jede Form der Störung bzw. für jeden Klienten den **bestmöglichen Zugang** zu erreichen“.

Welche Interventionen er konkret in sein Konzept einbezieht, wird aus den Ausführungen in Kapitel 4.3.2 ersichtlich.

Weitere Vertreter dieses Ansatzes sind **Goldfried** (1980; 1991) und natürlich die hier untersuchte „Problemorientierte Therapie POT“ von Andreas **Blaser** et al. (1992) (siehe Kapitel 2.4.2.1).

c) Theoretische Integration

Hier wird Integration verstanden als ein „echtes“ Integrieren von theoretischen Vorstellungen über was Therapie ist, wie sie stattfinden soll, für wen sie geeignet ist u.s.w. Dabei ist besonders wichtig, dass Wertvorstel-

lungen und Menschenbilder zueinander **kompatibel** sein müssen. Es reicht also nicht, in eklektischer Weise die besten Methoden und Techniken (siehe „Technischer Eklektizismus“) anzusammeln, sondern es müssen auch die dahinterliegenden Metakonzepte unter einen Hut gebracht werden. Theoretische „Integrierer“ wehren sich ausdrücklich gegen ein solches Zusammenwürfeln von Handlungselementen aus verschiedenen Richtungen, wenn deren Grundgedanken und Axiome nicht mitberücksichtigt werden. Gemäss Arkowitz (1992) besteht hier „an Emphasis to **integrate the underlying theories** of Psychotherapy“.

Von Thorne (1982) stammen die folgenden, in Kritik/Zurückweisungsform konzipierten Positionen der „Theoretischen Integration“:

Kritik an der eklektischen Methode:

Die eklektische Position impliziert, daß alle ihren Besitzstand betonenden "Schulen" in einem gewissen Maße unvollständig und/oder nicht valide seien, und insistiert darauf, daß die Beweislast ihres behaupteten einzigartigen Wertes bei den Vertretern der speziellen Systeme liege. D.h., die eklektische Position schiebt die Vertreter der einzelnen Schulen in die Defensive und legt ihnen Unvollkommenheit und fehlende Validität zur Last, es sei denn, daß sie die behaupteten besonderen Vorteile evident machen.

Diese Zurückweisung einzelner „Schulen“ und Systeme rief eine Welle abwehrender Kritik gegen die Vertreter der eklektischen Position hervor, weil sie sich anmaßen würden, sich der besonderen Privilegien zu bemächtigen, welche die Schulrichtungen für sich beanspruchten. Dem Entstehen des Eklektizismus wurde mit einer Flut von Kritik seitens akademischer Theoretiker und Vertreter der speziellen Schulen begegnet, die den Eklektizismus zu diskreditieren suchten. Diese Kritik zeigte sich in vielen Abwandlungen und wurde dazu benutzt, die Ansprüche spezieller Systeme auf besondere Privilegien zu unterstützen. In dem folgenden Ueberblick werden die wichtigsten Kritikpunkte zusammen mit unseren Zurückweisungen dargestellt:

1. Kritik: Der Eklektizismus vertritt eine Hinz- und Kunz-Ansammlung vielfältiger Methoden, die ohne ein zugrundeliegendes Rational nebeneinanderstehen.

Zurückweisung: Der erste Schritt bei der wissenschaftlichen Gründung irgendeines neu angewandten Spezialfaches muß die Sammlung, Analyse, Kodifizierung und Tabellierung bestehender Methoden sein, um die Begrenzung des als wahr angenommenen klinischen Wissens zu entdecken. Der erste Schritt ist die Tabellierung dessen, was bekannt ist, bevor die Analyse und der Vergleich beginnen können.

2. Kritik: Für die Bewertung der Art sowie der Indikationen und Kontraindikationen der zu zusammengestellten Methoden gibt es keinen anerkannten Wissensfundus.

Zurückweisung: Diese Kritik spiegelt den unvollständigen Stand unseres klinischen Wissens wider und ist keine wirkliche Kritik an der eklektischen Methode. Wenn validere und reliablere Informationen verfügbar sind, wird der Eklektizismus sie als erster angemessen verwerten.

3. Kritik: Der Eklektizismus benutzt einen „Schrotflinten“-Ansatz, indem er alle Methoden tabelliert und dann blindlings in möglicherweise widersinnigen Kombinationen anwendet, solange bis etwas funktioniert.

Zurückweisung: Möglicherweise wahr für den naiven Anfänger, aber nicht für den erfahrenen Eklektiker, der Methoden sinnvoll auswählt. *In Extremfällen*, wenn nichts anderes wirksam gewesen ist, mögen „Schrotflinten“-Ansätze versucht werden, in der Hoffnung, etwas zu finden, das wirksam ist. Dies ist keine folgerichtige Kritik am Eklektizismus, wenn dieser richtig angewandt wird.

4. Kritik: Der Eklektizismus hat keine in sich geschlossenen theoretischen Grundlagen, die erlauben, das rational zu begründen, was getan wird.

Zurückweisung: Unwahr aus zwei Gründen. Erstens sind theoretische Grundlagen logisch nicht erforderlich, weil die Dynamik von Verhalten organismisch festgelegt ist, definiert durch natürliche Faktoren, die mittels induktiver Methoden nur entdeckt werden müssen. Zweitens hat *Thorne* ein Rational für die eklektische Position in seinem Buch „Integrative Psychology“ (1967) ausgearbeitet.

5. Kritik: Die Tatsache, daß gegenwärtig viele Kliniker für den Eklektizismus Partei ergreifen, impliziert, daß kein umfassendes System oder umfassende Theorie bisher in der Lage gewesen ist, sich aus sich selbst heraus zu begründen (*Wildman & Wildman*, 1967).

Zurückweisung: Die Tatsache, daß keine der Schulen in der Lage war, die Vorrangstellung einzunehmen, kann genau gegenteilig interpretiert werden - nämlich, daß keine Schule valide oder zusammenhängend genug ist, um als Basis für ein wissenschaftliches System von Praxis zu dienen.

6. Kritik: Der Eklektizismus neigt dazu, ein Hans-Dampf-in-allem-Gassen und ein Meistervon-gar-nichts zu werden. Es ist besser, gründlich in einer Schule ausgebildet zu werden, als eine Halbbildung in der Fertigkeit vieler zu erhalten (*Horowitz* 1969).

Zurückweisung: *Horowitz* kriegt dies postwendend zurück. Der Student muß sich zunächst ein allgemeines Wissen des gesamten Bereichs aneignen, bevor er sich später spezialisiert, wo er am effektivsten ist. Der Eklektiker ist nicht notwendig ein Hans-Dampf-in-allem-Gassen, sondern einfach ein Kliniker, der für das ganze Gebiet des angewandten Wissens kompetent ist.

7. Kritik: Der Eklektiker neigt dazu, ein Techniker zu werden, der ein Instrumentarium an Methoden mechanisch ohne individuelle Verordnung und detailliertes Wissen anwendet.

Zurückweisung: Nicht wahr. Daß dem Eklektiker in allen Methoden etwas beigebracht worden ist, impliziert nicht, daß er diese mechanisch oder irrational anwendet. Der entscheidende Faktor ist das Wissen über Indikationen und Kontraindikationen

8. Kritik: Detaillierte Information über die Eigenart, über die Indikationen und Kontraindikationen aller bekannten Methoden existieren einfach nicht. Eklektische Methoden sind „lose organisiert ... nicht in der Lage, eine Formulierung klar abzuleiten und dann angemessene Methoden der Fallbehandlung auszuwählen.“ (*Garfield* 1969)

Zurückweisung: Dies ist keine Kritik am Eklektizismus, sondern eher eine Widerspiegelung des allgemeinen Standes der klinischen Wissens überall. Es ist sicherlich so, daß wir über viele Methoden nicht viel wissen, aber kein Kliniker kann besser sein als das jeweils vorfindliche allgemeine Niveau von Wissen und Fertigkeiten.

9. Kritik: „Kliniker können und sollten nicht für alle Personen alles sein ... sie müssen wissen, was sie können und was nicht und für welche sie gut, besser oder am besten sind ...“ (*Horowitz* 1969).

Zurückweisung: Es kann kein Zweifel darüber bestehen, daß ein Kliniker umso kompetenter wird, je mehr er weiß. Zu häufig ist der überspezialisierte Kliniker wie eine Geige mit nur einer Saite: nur zu einem begrenzten Repertoire fähig und unfähig, das breite Spektrum der ganzen Symphonie zu spielen.

10. Kritik: Der Kliniker sollte sich nicht dadurch unsicher fühlen, daß er nicht umfassend kompetent ist, er „sollte sich nicht unwohl damit fühlen, daß er nicht in allen Methoden bewandert ist ... die besten Kliniker sind gründlich nur in einer Schulrichtung *ausgebildet*“ (Horowitz 1969).

Zurückweisung: Kliniker, die in allen einschlägigen Methoden gründlich ausgebildet sind, müssen notwendigerweise kompetenter sein als solche, die in nur einer Methode ausgebildet sind. Methoden haben es manchmal an sich, über Nacht veraltet zu sein. Der Kliniker, der gründlich in einer nicht validen Methode ausgebildet ist, muß unvermeidbar unsicher und im allgemeinen inkompetent sein.

11. Kritik: Eklektiker werden oft oberflächlich ausgebildet wissen von allem ein wenig, aber beherrschen gar nichts.

Zurückweisung: Genau das Gegenteil ist der Fall. Der bestausgebildete Eklektiker weiß alles, was man wissen sollte zusätzlich zu irgendwelchen besonderen Kompetenzen, die er sich in speziellen Methoden erwerben kann.

12. Kritik: Spezialisten in einzelnen Methoden werden oft so hochgradig erfahren in deren Anwendung, daß sie in der Lage sind, überdurchschnittliche Wirkungen zu erzielen. Sie werden geschickter in deren Anwendung als ein Eklektiker, der sie möglicherweise nicht häufig genug anwendet, um darin wirklich erfahren zu werden.

Zurückweisung: Falls einzelne Methoden tatsächlich besondere Vorteile haben, dann gibt es keinen Grund, warum der Eklektiker in ihrem Gebrauch nicht ebenso qualifiziert werden kann. Die Vorteile eines weitumfassenden Ansatzes dürften die erhöhte Erfahrung mit spezialisierten Methoden für gewöhnlich aufwiegen.

Es hat viele Jahre gebraucht, um die Grenzen und Mängel solcher verbreiteter Ansätze wie der Psychoanalyse, des Non-Direktivismus oder der Verhaltenstherapie aufzudecken, und während dieser Zeit haben nur die Eklektiker viele klinische Beurteilungen bezüglich dessen, was valide ist und was nicht valide ist, vorgelegt. (S. 138 - 140)

Ein Klassiker unter den Theoretischen „Integrierern“ ist Paul **Wachtel** (1977), welcher ausgehend von der Psychoanalyse die Verhaltenstherapie immer mehr in Theorie und Praxis einbezogen hat. Eine solche Kombination wurde in den siebziger Jahren eigentlich allgemein für unmöglich gehalten - so waren denn seine Schriften ziemlich revolutionär und für manche Leute geradezu blasphemisch. Leider hat sich sein Ansatz in der Praxis nicht sehr bewährt.

Weitere Vorschläge zur Theoretischen Integration stammen von Ernst **Plaum** (1988). Er ist einer der wichtigsten Integrierer im deutschsprachigen Raum.

Hilarion **Petzolds** „Integrative Therapie“ kann m.E. gut als Prototyp dieser Orientierung angesehen werden (siehe Kapitel 2.4.2.3). Im amerikanischen Raum sind v.a. **Appelbaum** (1976) sowie **Greenberg und Safran** (1987) massgeblich an der Entwicklung theoretisch-integrativer Theorien beteiligt. Es folgen jetzt noch die Beschreibungen der drei hier untersuchten „integrativen“ Psychotherapieverfahren.

2.4.3 Problemorientierte Psychotherapie (POT)

Die von Andreas Blaser und Mitarbeitern (1992) begründete „POT“ kann man gut als Vertreterin der Integration aufgrund oder anhand von „**common factors**“ bezeichnen. Diese am Inselspital Bern entwickelte Therapieform baut auf allgemeinen Wirkprinzipien (siehe 2.2.1.1) auf:

a) Theoretische Grundlagen

Die POT ist durch ihr integratives Konzept eine problemorientierte **Kurztherapie**, die als ganzheitlicher Ansatz vertreten wird. Sie beruht auf verschiedenen theoretischen Perspektiven.

Sie kann somit nicht als Vertreterin einer bestimmten Therapierichtung angesehen werden, sondern sie ist **integrativ orientiert**. Die verschiedenen Theorien werden nicht wahllos miteinander vermischt, sondern es besteht ein strukturiertes Schema des Vorgehens, das aber lediglich als **Leitfaden zur Orientierung** betrachtet werden soll. Das Konzept soll den Assistenzärzten und Psychologen in der Ausbildung einen Einstieg in die psychotherapeutische Tätigkeit ermöglichen.

Für Blaser et al. (1992) steht „...das mit dem Patienten vereinbarte Problem, die mit ihm vereinbarte Zielsetzung und der **Konsens bezüglich der einzuschlagenden Strategie**“ (S. 26) im Vordergrund.

Durch den unterschiedlichen Erfahrungshintergrund der vier Autoren ist die Entwicklung eines Integrativen Konzeptes erst möglich geworden. Sie beschäftigten sich mit Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Körperpsychotherapie, Gestalttherapie, Kurztherapie auf psychoanalytischer Basis und mit kognitiven Strategien.

b) Ziele und Hauptmerkmale

Als Therapieziel gilt es, das während der Therapie durch Patient und Therapeut erarbeitete Hauptproblem anzugehen. In der wiederum vom Patienten und Therapeuten verfassten **Problemdefinition** sind die Erklärungen der vermeintlichen Krankheitsursache, die momentanen Verhaltensweisen, die zu verändernden Modalitäten und die Art und Weise dieses Handlungsweges mit all seinen möglichen Verzweigungen und Nebenzielen bestmöglich herauszuarbeiten: „Das **Therapieziel soll konkret, operational**, d.h. auf der Handlungsebene formuliert und realistisch sein“ (Blaser et al. 1992, S. 88).

c) Allgemeine Zielsetzungen der POT

Korrekterweise darf in der POT nicht von „allgemeinen Zielen“ gesprochen werden. Unter Ziel versteht die Handlungspsychologie (v.Cranach 1995a) einen vor oder während der Handlung vorgestellten Zustand, der am Ende der Handlung stehen soll. Es geht in der POT aber hauptsächlich um den **Entwicklungsprozess**, den Lösungsweg, der früher oder später zu einem Ziel führen kann aber nicht muss. Bereits der Weg kann die Lösung sein. Dies entspricht einer **Prozesshandlung**, im Gegensatz zu einer Ergebnishandlung, die auf das festgelegte Ziel hinarbeitet. Gleichzeitig wird aber versucht, die Problemdefinition als Ziel einzuhalten, sodass die POT gleichzeitig zu beiden Handlungstypen gezählt werden kann, der Prozess- und der Ergebnishandlung (vgl. v.Cranach 1995a).

Die folgende Aufzählung zeigt einige Beispiele solcher **Prozesslösungswege und Ziele**:

- Verbesserte **Problemlösefähigkeit** des Patienten.
- Veränderung der **persönlichen Lebensgestaltung** eines Individuums in einer konkreten Lebenssituation unter Berücksichtigung all seiner individuellen Besonderheiten.
- Aufbrechen „alter“ **emotionaler und kognitiver Strukturen** und damit die Wegbahnung für die
- Bildung **neuer, kreativer Lösungen**.
- Bildung eines **neuen Bewusstseins** des Menschen von sich selbst, was durch
- die **Reduktion der Polarität** zwischen innerer Weltsicht einerseits und äusserer „Realität“ und Normierung andererseits erreicht werden kann.
- Klärung von **sozialen Motiven oder Beziehungsmustern**, unbewusster Beziehungskonflikte und konflikthafter Motive.
- **Raum schaffen für die Gefühle** des Leidenden oder das an seinem Wachstum arbeitenden Menschen.
- Der Patient soll in die Lage versetzt werden, möglichst bald wieder ohne therapeutische Hilfe sein **Leben fortführen zu können**.

Es soll aber ausdrücklich „nicht (mehr) eine Umstrukturierung der Grundpersönlichkeit oder gar eine ‚Heilung‘ des Patienten [angestrebt werden]“ (Blaser et al.1992, S. 28).

d) Die vier Hauptmerkmale der POT:

1. **Problemorientierung**: ein Hauptproblem des Patienten wird zusammen mit dem Therapeuten definiert, so dass in der kurzen Zeit eine realistische Lösung gefunden werden kann.
2. **Patientenorientierung**: die therapeutische Arbeit soll vom Problemverständnis und den Zielvorstellungen des Patienten, sowie auch des Therapeuten bestimmt sein. Die POT versucht das Schema des Patienten zu erkennen. Der Patient wird nicht in ein System hineingedrängt.
3. **Methodenpluralismus**: Methoden zur Bewusstmachung, zur Veränderung von Denkgewohnheiten und Einstellungen, zur Lösung von Problemen, zur Veränderung von Verhalten, zur Förderung von Gefühlen, zur Entspannung und Körperwahrnehmung, zur Stützung und zu systembezogenen Veränderungen werden verwendet.
4. **Strukturierung**: damit eine Kurztherapie erfolgreich sein kann, muss ihr Ablauf möglichst sinnvoll aufgeteilt und strukturiert werden. Dies wird durch einen zeitlich und inhaltlich gegliederten **Handlungsplan** erreicht:
 1. Stufe: Aufbau einer **tragfähigen zwischenmenschlichen Beziehung** zwischen Patient und Therapeut
 2. Stufe: **Problemdarstellung** aus der Sicht des Patienten. Der Patient soll seine subjektive Sicht darstellen, die **subjektive Krankheitstheorie**.
 3. Stufe: **Problemanalyse**: Ergänzend zur subjektiven Problemdarstellung werden Ursachen, Gründe, Tatsachen und Funktionen des Problems hinterfragt.
 4. Stufe: **Problemdefinition**, Zielsetzung und Therapieplanung. Eine **Erklärungshypothese** für das Problem wird aufgezeichnet und ein eventueller Lösungsweg besprochen.
 5. Stufe: **Bearbeitung des Problems** und Uebertragung in die Realität ausserhalb der Therapie.
 6. Stufe: **Ablösung und Beendigung** der Therapie. Die Ablösung und Trennung ist in der POT ein zentrales Thema, mit dem Ziel, dem Patienten zu ermöglichen, nach Therapieabschluss sein eigener Therapeut zu sein.

e) Therapeutischer Prozess und therapeutische Beziehung

Der therapeutische Prozess setzt sich aus den oben beschriebenen theoretischen Rahmenbedingungen und der therapeutischen Beziehung zusammen.

Implizit zu den Rahmenbedingungen der POT gehört auch das **Setting**, welches Blaser et al. (1992) wie folgt festlegen:

„**Das Werkzeug der POT ist das Gespräch**. Eine Räumlichkeit, die einem vertraulichen Gespräch in entspannter Atmosphäre förderlich ist, genügt... Die Dauer der Sitzung kann von 25 bis 50 Minuten variieren, je nach den Bedürfnissen des Patienten und den Möglichkeiten des Therapeuten.“ (S. 65)

Für die therapeutische Beziehung werden bei der POT folgende **Grundhaltungen** des Therapeuten besonders hervorgehoben:

- **Empathisches Zuhören** (Rogers 1985), was einem tiefen Verständnis nahe kommt. „Zuhören besteht einerseits aus einem schweisgsamen Aufmerksamsein (sensu Freud), andererseits in verbalen Interventionen, welche dem Klienten das Verstandensein vermitteln“ (S. 55). Der Therapeut soll auch Fragen stellen, wenn ihm etwas unklar ist.
- **Innere Ruhe**, wobei der Therapeut mit einem „Stehauf-Männchen“ verglichen werden kann. Er soll keine wertende Stellung einnehmen, sondern ruhig, aufnahmefähig und offen sein.
- **Respekt für den Patienten**, womit eine totale Gleichberechtigung von Mensch zu Mensch (d.h. von Patient zu Therapeut und umgekehrt) gemeint ist. Der Therapeut ist dem Patienten höchstens in einem professionellen Teilbereich überlegen.
- **Introspektion**. d.h. der Therapeut soll sich selbst so gut kennen, dass er Abweichungen seines mittleren Befindens („middle mode“, Beaumont 1991) wahrnimmt. Er soll immer im Interesse des Patienten und nicht aus Eigeninteresse intervenieren.
- **Offenheit** (self disclosure), womit nicht ein unkritisches Mitteilen jeder inneren Regung des Therapeuten, sondern lediglich das Erkennbarwerden des Therapeuten gemeint ist.
- **Professionalität**, die Flexibilität voraussetzt, aber eine Vermischung der Therapeuten- mit der Patientenrolle ausschliesst. Der Therapeut soll dem Patienten auch seine eigenen Grenzen vermitteln.

f) Die Therapeutischen Methoden

Die POT arbeitet (zur Zeit) mit folgenden Methoden, welche sowohl die bereits beschriebenen Grundhaltungen des Therapeuten als auch die beschriebenen Werkzeuge und Techniken beinhalten:

1. Methoden zur **Bewusstseinsförderung**: Diese stammen ursprünglich aus der Psychoanalyse und sollen ein-sichtsfördernd sein. Für die praktische Anwendung werden hier das thematische Fokussieren, die Gestaltung der therapeutischen Beziehung, der Umgang mit Widerstand und die Arbeit mit dem Traum und dem Tagtraum angegeben.
2. Methoden zur **Veränderung von Denkgewohnheiten und Einstellungen** sowie Methoden zur Lösung von Problemen: Mit **kognitiven Methoden** wie Informationsvermittlung, Methoden zur Erkennung und Veränderung von störenden Denkschemata und Problemlösungsstrategien werden folgende Ziele verfolgt:
 - Die Veränderung bewusster und bewusstseinsnaher Denkprozesse.
 - Die Aktivierung der kritischen Wahrnehmungsfähigkeit und des logischen Denkvermögens.
3. Methoden zur **Veränderung des Verhaltens**: Am behavioristischen Ansatz orientiert, werden folgende Methoden explizit aufgeführt:
 - Vorgehen in kleinen Schritten mit vielen Wiederholungen
 - Zuwendung und Lob als Verstärker
 - Desensibilisierungstechniken
 - Modellhaftes Verhalten des Therapeuten
4. Methoden zur Förderung des **emotionalen Erlebens** und des **Ausdrucks**: Hier kommen v.a. auf der Gestalttherapie von Fritz Perls basierende Techniken zur Anwendung. Zusätzlich werden Techniken zur Bearbeitung emotionaler Störungen und Blockierungen verwendet. Folgende **sanfte Methoden** gelten als Grundrepertoire des POT-Therapeuten:
 - Verbalisierung emotionaler Erlebnis-inhalte nach Rogers
 - Einfaches Fragen
 - Explizite Erlaubnis geben, die Gefühle zu zeigen
 - Direktes Ansprechen körperlicher Ausdrucksverhalten und eventuelles Angebot einer kognitiven Interpretation.
 - Aktivierung der Gefühle durch Identifikation mit dem Patienten
 - Übungen zur Entspannung und Körperwahrnehmung**Unsanftere, konfrontative Methoden** sind:
 - Provokation zu expressiven Gefühlsäusserungen
 - Vergewärtigung von Vergangenheit und Zukunft
5. Methoden zur **Entspannung** und **Körperwahrnehmung**: Techniken zur Körperwahrnehmung und Entspannung, wie Atemübungen und Autogenes Training.
6. Methoden zur **Stützung**: Zur Förderung der Hoffnung und zu Situationsgerechter Kognition und Wahrnehmung verhelfen Bestärkungen, Ermutigungen, Strukturierung, Sachinformation und Beistand.

Es ist durchaus denkbar, dass in Zukunft noch weitere Methoden hinzu „integriert“ werden.

g) Indikation, Anwendungsbereich und Kontraindikation

Die POT entstand aus der Praxis und soll in der Praxis ihre Anwendung finden.

Da die psychopathologische Diagnose keine handlungsanweisende Konsequenzen für die Therapie-Indikation nach sich zieht, werden in der POT andere Indikationskriterien als dieses Stereotyp verwendet. Die Elehandelbarkeit des Patienten wird hier aufgrund der Patientenmerkmale, der Therapeutenmerkmale und der Rahmenmerkmale bestimmt.

- **Patientenmerkmale:** berücksichtigt werden sollten die affektive Differenziertheit, Aufrichtigkeit, demonstrative Präsentation, Durchhaltekraft, Gespanntheit, Verbalisierungsfähigkeit, Intelligenz, Introspektionsfähigkeit, Intro-/Extraversionsgrad, Leidensdruck und Verhaltensrepertoire des Patienten.
- **Therapeutenmerkmale:** der Therapeut sollte Interesse am Fall haben, Sympathie für den Patienten empfinden und das Gefühl haben, er könne dem Patienten helfen.
- **Rahmenmerkmale:** die aktuelle Situation beim Erstkontakt mit dem Patienten darf keine Merkmale einer Akutkrise aufweisen. Der definierte Problembereich sollte in 15 bis 20 Therapiestunden sinnvoll bearbeitet werden können.

Der POT werden hauptsächlich Patienten mit psychogenen Störungen zugewiesen.

Differentielle Indikation: Selbstentwertung, Hemmungen, mangelnde Energie, Beziehungsprobleme, Angst, Spannung, mangelnde Impulskontrolle, körperliche Symptome.

„Die Indikation zur problemorientierten Therapie liegt in mancher Hinsicht zwischen den beiden Polen der Krisenintervention und der Langzeittherapie. Damit ist gleichzeitig gesagt, dass die meisten Patienten in diesen relativ weiten Indikationsbereich fallen.“ (S. 100)

Kontraindikation: Für alle Kurztherapien, insbesondere die POT, gelten folgende Störungen als kontraindiziert: psychotische, narzisstische und Borderline-Störungen, sowie diffuse Probleme, deren Kern unklar ist.

2.4.4 Allgemeine Psychotherapie nach Klaus Grawe (APT)

„Die Psychotherapie braucht ein theoretisches System, das alle bewährten therapeutischen Möglichkeiten einschliesst“ (Grawe 1995c).

Seit Mitte der siebziger Jahre ist auch Klaus Grawe um Integration in der Psychotherapie bemüht (obwohl er eher von Differenzierung bzw. Allgemeiner Psychotherapie spricht). Sein beruflicher Werdegang führte ihn meines Wissens u.a. von der Hamburger Gesprächstherapie (Tausch/ Tausch, Schulz von Thun u.a.) über die Verhaltenstherapie (u.a. Kanfer, Meichenbaum) schliesslich zu einer Integrativen Psychotherapie im Rahmen der Kognitiven Psychologie (mit dem Schema-Konstrukt als zentralem Element). Obwohl sich die **kognitive Sichtweise** (siehe Kap. 2.3.1.3) in der Praxis nicht so richtig durchgesetzt hat (z.B. Hutzli/Schneeberger 1994), bildet sie doch das momentan beherrschende Paradigma an den meisten Hochschulen.

Grawe geht es v.a. um Effizienz und qualitativ optimierte Therapien, welche in einer modernen Gesellschaft einen breit akzeptierten Stand haben könnten (Grawe 1985). Diese Thematik der „**Qualitätssicherung**“ ist sehr aktuell (z.B. Caspar 1997, Zingg 1997) und ich werde im Schlussteil noch darauf eingehen.

Es geht also auch ihm um mehr als blosses Anwenden von verschiedenen Techniken, wennauch das Menschenbild, die Anthropologie und weitere theoretische Prämissen leider nur unklar zur Geltung kommen. Es wäre m.E. sehr wichtig und fruchtbar, diese sog. „Allgemeine Psychotherapie“ unter ein einheitliches erkenntnis- und wissenschaftstheoretisches Dach zu bringen, den Rahmen, der u.a. in Grawe 1985 und 1994 anklingt, noch expliziter zu formulieren.

Meinem Verständnis nach wird hier (implizit) ein **naturwissenschaftsorientiertes** (kritisch-positivistisches, siehe Kap. 6.2) Menschenbild vertreten (Grawe 1985/1994). Dies lässt sich auch durch die Zugehörigkeit zum „Kognitiven Modell“ (s.o.) erklären und begründen.

Durch Bezüge auf Elias (1979) oder Zwilgmayer kommt zwar immerhin noch eine historisch-soziologische Dimension dazu. Powers und die Chaostheoretiker erweitern die kognitive Position ebenfalls etwas (vgl. Grawe's Uni-Vorlesungen vom Herbst 1995).

Dies ändert m.E. aber nichts am **Primat des Kognitiven** (vgl. Lazarus 1984), welches die ganze Theorie und auch die Praxis durchdringt (s.u.).

Im Artikel „Kulturelle und gesellschaftliche Funktionen einer Anwendungswissenschaft Psychotherapie“ (1985) postuliert Grawe drei Funktionen von Psychotherapie:

- heilende Funktion

- bewusstseinsbildende Funktion
- lebensqualitätserhöhende Funktion

Es ist dann Aufgabe einer **Differentiellen Indikation** (Grawe 1982 und Schlussteil dieser Arbeit), welchem Funktionsbereich die hauptsächliche Aufmerksamkeit gewidmet wird.

Die **vier Wirkprinzipien** hingegen sollten in der Art eines „sowohl-als-auch“ (Grawe 1995c) zur Geltung kommen; dies müsste sich folglich in meiner Studie in einem gleichmässig verteilten Interventionsprofil zeigen.

Nun möchte ich kurz die theoretischen Grundlagen etwas näher erläutern. Ich folge dabei stark den sehr guten Ausführungen von Sieland (1996):

- Theoretische Konstrukte für eine Allgemeine Psychotherapie

Befassen wir uns nun mit den theoretischen Konstrukten für eine Allgemeine Psychotherapie. Denn wenn man einfach schulspezifische Methoden kombiniert, um diese Wirkfaktoren herzustellen, dann wäre der Vorwurf eines **wilden Eklektizismus** berechtigt. Grawe u.a. (1994, S. 786) führen dazu aus: „Es geht nicht darum, die Schwächen des einen Ansatzes mit den Stärken des anderen auszugleichen. Die Konstrukte dieser Therapieformen sind im Ansatz ungeeignet, das psychotherapeutische Geschehen vollständig zu erklären. Es braucht daher einen ganz neuen theoretischen Ansatz von größerer Erklärungsbreite“. Eine solche Theorie müsste die Entstehung von Störungen, deren pädagogische oder therapeutische Veränderung, aber auch entsprechende Gesundheitsvorstellungen erfassen.

Die Psychoanalyse erklärt ihre positiven Wirkungen u.a. durch die Aufdeckung und Neuverarbeitung unbewußter Konflikte.

Die Verhaltenstherapie erklärt ihre positiven Wirkungen u.a. durch Verhaltensexperimente, die neue Selbstwirksamkeitserfahrungen ermöglichen.

Die Gesprächspsychotherapie erklärt ihre positiven Wirkungen u.a. dadurch, daß die Selbstexploration des Klienten seine verzerrt symbolisierten Erfahrungen in Richtung auf authentisches Erleben und Verhalten korrigiert.

Welcher theoretische Ansatz ist also geeignet, diese nachweisbaren positiven Effekte so verschiedener Wege zum Menschen zu erklären ?

- Das kognitive Schema als Basis von Erleben und Verhalten

In Anlehnung an Grawe u.a. (1994) soll nun die Theorie der Aequilibration von Piaget (1976) und die Bedeutung mentaler Modelle als Basistheorie für eine Allgemeine Psychotherapie dargestellt werden. Der Ansatz von Piaget hat den Vorteil, daß er nicht nur die **kognitiven Strukturen** beschreibt, sondern auch deren Veränderungen erklärt.

*Def 1: Als **mentale Modelle** werden in der kognitiven Psychologie Gedächtnisrepräsentationen bezeichnet, die einen bestimmten Sachverhalt oder Prozeß vereinfachend abbilden, um der Person einen zielgerichteten Umgang mit komplexen Objekten und Prozessen zu erlauben. Sie sind als hierarchisch vernetzte Konzepte zu denken, die mehr oder weniger klar aktivierbar sind.*

Allgemein dienen Modelle Wissenschaftlern wie Alltagspsychologen zur Reduktion von Komplexität. Diese Komplexitätsreduktion ist ihre Stärke und Schwäche zugleich! Sie vermitteln dem Nutzer Sicherheitsgefühle bei der schnellen Konstruktion der vermeintlichen Realität und erleichtern die Orientierung und Handlungsauswahl. Solche kognitiven Schemata bilden den subjektiven Wahrnehmungs-, Bewertungs-, Prognose-, Planungs- und Handlungsspielraum der Person. Fast immer sind viele Schemata gleichzeitig aktiviert. Obwohl nur wenige im Fokus der Aufmerksamkeit stehen, können auch solche im Hintergrund bei hoher Priorität „unbewußt“ wahrnehmungs-, empfindungs- und handlungsleitend sein.

*Def 2: Als **kognitives Schema** bezeichnet Piaget (1981) die dem konkreten Erleben und Verhalten zugrundeliegenden charakteristischen Muster des Wahrnehmens, Bewertens, Denkens, Planens und Handelns. Sie sind die personale Voraussetzung für Transaktionen mit der Umwelt und werden in solchen Transaktionen mehr oder weniger verändert (d.h. vereinfacht oder differenziert, auf- oder abgewertet etc.). Schemata sind also Produzent und Produkt menschlichen Handelns.*

Das Subjekt kann auf dieser Grundlage die Frage beantworten: Wie kann ich die wahrgenommene Situation bewerten, welche Handlungsschritte kann ich mit welcher Wahrscheinlichkeit realisieren, welche Folgen sind zu erwarten und wie sind diese zu bewerten. Kurz: Kognitive Schemata machen die Person orientierungs-, bewertungs-, prognose- und handlungsfähig (ohne daß dies der Person jedesmal bewußt wäre!). Sie definieren

u.a. den subjektiv wahrgenommenen Mitgestaltungsspielraum für die Selbstregulation in konkreten Person-Umwelt-Transaktionen.

Wenn der vorgestellte Schemabegriff sich als Konstrukt einer Allgemeinen Psychotherapie eignet, muß er sich auch für die Aufgabe der Bewertung, d.h. für Krankheits- und Gesundheitsauffassungen, als nützlich erweisen.

- Unvollständige, defizitäre, rigide und konfligierende Schemata als Krankheitsauffassung

Solche mentalen Modelle können mehr oder weniger (un-) vollständig, flexibel, übersichtlich, realitätsfern im Sinne von unzweckmäßig, abstrakt, verzerrt sein oder sich gegenseitig mit entsprechenden Folgen für das Erleben und Verhalten blockieren.

So werden „echte“ Bedürfnisse u.U. nicht befriedigt, weil ökologische oder materielle Barrieren dies verhindern, weil Vernetzungen bzw. Hierarchien der Schemata dem entgegenwirken oder einfach deshalb, weil Erfahrungsmöglichkeiten fehlten, an denen sich die relevanten Schemata hätten bilden können, und die kognitiven Schemata des Akteurs deshalb zu beschränkt sind. Andere Bedürfnisse spielen vielleicht auf Grund ökologischer Bedingungen bzw. wegen untypischer Verknüpfungen im mentalen Modell der Person eine unerkannt große Rolle. Hier müßte gegebenenfalls die Klärungsarbeit der Allgemeinen Psychotherapie oder aber auch die Bewältigungshilfe ansetzen. Beides wird durch ein entsprechendes Beziehungsangebot der Helfer wesentlich begünstigt.

Ständig findet eine Person-Umwelt-Transaktion statt, wobei die Tendenz besteht, Dinge so zu behandeln, daß sie zur Struktur der bisher erworbenen Schemata passen. Piaget beschreibt diesen Vorgang als **Assimilation**. Falls eine Assimilation der Dinge an die eigene Struktur nicht stattfinden kann, muß die Person ihre Struktur der Schemata mindestens vorübergehend an die Umwelt anpassen, man könnte auch sagen, sie muß neue Erfahrungen machen.

Piaget nennt diesen Vorgang „**Akkommodation**“. Akkommodation kann bedeuten, daß ein Schema differenziert werden muß oder dass mehrere, bisher nicht miteinander verbundene Schemata verbunden werden müssen.

Neben Assimilation und Akkommodation dienen **reflektierende Abstraktion, Bewußtwerdung und Dezentrierung** der Herstellung eines Gleichgewichts zwischen der Struktur der Schemata einerseits und der Umwelt andererseits. Piaget faßt diese Funktionen, die eine Rolle bei jeder Entwicklung spielen, als **Äquilibration** zusammen. Äquilibration stellt das (Fließ-) Gleichgewicht bei Transaktionen zwischen den Schemata und den zugehörigen Umweltausschnitten wieder her, wenn es durch a) mißlingenden Assimilationsversuch, b) Widerlegung eines Schemas durch widersprüchliche Erfahrungen, c) Widerspruch zwischen zwei Schemata, d) Probleme, die nicht durch Assimilation gelöst werden können, gestört wurde.

So können z.B. Zielkomponenten, Handlungsschritte und Folgeerwartungen angereichert werden. Handlungserfahrungen, Gespräche, aber auch Fragebögen, z.B. über alternative Bedürfnisannahmen, können dazu beitragen, mentale Modelle zu aktivieren und partiell zu verändern. Ueber- oder Unterschätzungen der eigenen Handlungsmöglichkeiten und Handlungsfolgen können dauerhaft wohl nur durch Handlungsexperimente mit neuen Erfahrungen verändert werden.

Allgemein gilt: Die Person muß also für ihre Transaktionen mit der Umwelt ihre kognitiven Schemata ständig aktivieren, anwenden und dabei teilweise scheitern, was eine **Neuorganisation** der Inhalte oder die Aufnahme neuer Inhalte in die Schemata induziert. Solange die erforderliche Akkommodation nicht gelingt, kommt es zur ungewollten Wiederholung unerwünschter Erfahrungen (= „neurotische Dummheit“). Dabei können konkurrierende, verknüpfte Schemata höherer Priorität aus dem Hintergrund eine Veränderung der gerade wahrnehmungs- und handlungsleitenden Schemata verhindern, weil sie unbewußt sind und daher aktuell nicht bearbeitet werden können.

Erziehung, Prävention, Beratung oder Psychotherapie sind auf diesem Hintergrund als planvolle Anregung zur Veränderung komplexer, hierarchisch organisierter, kognitiver Schemata aufzufassen. Dies kann z.B. geschehen durch die Aktualisierung aller kognitiven Schemata zu einem Verhaltensproblem und deren **Konfrontation mit wissenschaftlichen Modellen** oder den kognitiven Schemata anderer Personen, z.B. eines beliebigen Lehrers oder Mitschülers, eines Beraters oder Therapeuten oder anderer Mitglieder einer Therapiegruppe. Akkommodationsförderlich wären auch Umweltbedingungen, in denen die vertrauten Schemata nicht angewendet werden können.

An dieser Stelle zeigt sich der dritte Wirkfaktor: die **tragfähige, akzeptierende Beziehung**. Sie erleichtert die explizite Aktualisierung von Schemata und deren Veränderung trotz der damit verbundenen Unsicherheit.

Auch Grawe wird dem (möglichen) Anspruch, alle grösseren Therapieformen zu integrieren m.E. nicht ganz gerecht. Bei ihm handelt es sich (aus biographischen Gründen ?, s.o.) um einen **Methodenpluralismus**, der,

basierend auf einem verhaltenstherapeutischen, naturwissenschaftlich orientierten Menschenbild (Messbarkeit/Positivismus, Rationalität, Optimismus bezüglich „Machbarkeit“), Elemente aus der Verhaltenstherapie, den Kognitiven Ansätzen von Beck, Ellis, Kanfer, Meichenbaum u.a. sowie Anleihen aus Gesprächspsychotherapie (Beziehungs-„gestaltung“, Empathie) und Gestalttherapie (Problemaktualisierung in der Sitzung) und Systemischen Therapien (Einbezug von Partner und Familie) in eher eklektischer Art zu verbinden sucht. Dies alles auf dem allgemein-psychologischen „Boden“ der modernen **kognitiv-experimentellen Psychologie**, so wie sie durch Jean Piaget schon lange vertreten wird (s.o.). Diese (diagnostischen) Elemente der „**Schemata**“ sind denn m.E. auch der überzeugendste Teil dieses Ansatzes (z.B. Heiniger et al. 1996, Caspar 1996).

Die Metatheorie ist viel einseitiger darauf ausgerichtet, den Menschen als **informationsverarbeitendes System** (siehe Kognitives Modell) zu sehen. Hier werden meines Erachtens Mängel deutlich in so wichtigen Bereichen wie den positiven Emotionen und des (leiblichen!) Körperbezuges (siehe Petzold 1993).

Weil aber an einer Metatheorie derzeit noch gearbeitet wird, möchte ich Grawes Ansatz optimistisch bereits den theoretisch integrierten Therapieformen (s.o.) zuordnen, weil ich als Student viele Diskussionen mitbekam über die „richtige Art Psychologie zu betreiben“ (vgl. Schluss-Teil).

2.4.5 Integrative Therapie IT

Bei der IT (Integrative Therapie) nach Petzold (Ueberblicksliteratur in ders. 1993a) handelt es sich um eine Zusammenschau (Integration) v.a. der **humanistischen Therapieformen** Gestalttherapie und Psychodrama sowie der Aktiven Psychoanalyse von Ferenczi (es gibt noch viel mehr Einflüsse; auf der konzeptuell-theoretischen Ebene sind es die wesentlichen).

Da zur IT eine gut lesbare Kurzbeschreibung vom Begründer selbst vorliegt, gebe ich diese im folgenden leicht gekürzt und überarbeitet (Literaturangaben und Hervorhebungen) wider (aus: Petzold/Sieper (1993). Integration und Kreation, S. 17-23.):

(...) Weiterhin war die Idee wesentlich, daß es allen Psychotherapieschulen **gemeinsame Grundkonzepte und Wirkfaktoren (common factors)** gibt, aber auch wichtige **spezifische Elemente**, die zusammengeführt werden müssen, um Einseitigkeiten zu überwinden und sich den wissenschaftlichen und klinischen Ertrag des gesamten psychotherapeutischen Feldes zunutze zu machen. Diese Grundidee wird von der neueren **empirischen Psychotherapieforschung** vollauf gestützt (Petzold 1992f; Mahrer 1989; Norcross/Goldfried 1992; Grawe et al.1994).

DEFINITIONEN UND ZIELE DES INTEGRATIVEN ANSATZES

Für den Integrativen Ansatz können programmatisch folgende Zieldimensionen umrissen werden:

Die Klarheit des **erkenntnistheoretischen Standorts**, die Konsistenz der **anthropologischen Konzepte** und die Eindeutigkeit der **ethischen Position** sind drei Grundvoraussetzung jedes therapeutischen Handelns. Hier einen verlässlichen Boden zu gewinnen ist das Ziel der theoretischen Bemühungen in der Integrativen Therapie (vgl. Petzold 1993a und 1996):

„Der Integrative Ansatz ist keine Kombination oder Aneinanderreihung therapeutischer Verfahren und Methoden, sondern er sucht in diesen nach spezifischen und allgemeinen Wirkmomenten und Konzepten, um auf dieser Grundlage **eigenständige, schulübergreifende Theoriekonzepte und Praxisstrategien** zu entwickeln, in denen die besten Elemente der traditionellen Schulen - sich wechselseitig ergänzend - einbezogen sind und aus dieser **Synergie** eine neue, **mehrperspektivische Sicht** und ein neuer Weg der Behandlung entstehen kann: **Integrative Therapie**“.

„Eine tragfähige **Beziehung** und empathisches Verständnis für erlebtes Leid, **konkrete Hilfe** in Problemlagen, **Einsicht** in die gesellschaftlichen Bedingungsgefüge der **Biographie**, des aktuellen Lebens und der Zukunftsentwürfe, Bewußtheit für den eigenen **Leib** sowie Räume für **emotionalen Ausdruck** und **soziales Miteinander**, das ist es, was unsere Patienten brauchen, um gesund zu werden, was Menschen brauchen, um gesund zu bleiben, und was Psychotherapie bereitstellen muß, um wirksam zu sein. Dabei müssen vielfältige, kreative Methoden und Medien eingesetzt sowie differentielle und integrative „**Wege der Heilung und Förderung**“ beschrritten werden. Dies ist die Richtung, die wir in der Praxis der Integrativen Therapie eingeschlagen haben“ (Petzold 1996, Band I).

MENSCHENBILD

In der „Integrativen Therapie“ wird der Mensch als ein **wesensmässig Koexistierender**, „etre-au-monde“ als ein „Körper-Seele-Geist-Wesen im sozialen und ökologischen Kontext und Zeitkontinuum“ gesehen, als „**Leibsubjekt in der Lebenswelt**“, das von „bewußten und unbewußten Strebungen bestimmt“ ist und in „**fundamentaler Ko-respondenz** mit der Welt und den Mitmenschen“ steht (Petzold 1993a, Band I). Die Konsequenz aus einem so umfassenden Menschenbild für die Praxis der Therapie ist, daß nicht nur Psycho-Therapie betrieben werden kann, sondern daß der „**Körper**“ einbezogen werden muß (durch bewegungs-, entspannungs- und kreativtherapeutische Ansätze), daß die „**Seele**“, d. h. motivationales und emotionales Geschehen durch psychotherapeutische Methoden behandelt wird und daß für Belange des „**Geistes**“ (Fragen nach dem Lebenssinn, nach Zielen, Werten) meditative Wege oder das (sokratische) **Sinngespräch** aufgegriffen werden, daß schließlich für die Dimension Kontext/Kontinuum in der Bearbeitung sozialer Probleme soziotherapeutische, familientherapeutische, netzwerktherapeutische Ansätze zur Anwendung kommen und im Umgang mit (mikro)ökologischen Problemen auf milieutherapeutische Strategien und Interventionen des „**ecological modelling**“ zurückgegriffen wird. Der **Leib als zentrale Möglichkeit der Wahrnehmung und des Ausdrucks** steht zu allen Dingen der Welt, die in das Bewußtseinsfeld treten oder im Handlungsraum liegen, in einer kreativen Bezogenheit [vgl. Merleau-Ponty 1966]. Der Mensch ist wesensmässig Koexistierender und Gestaltender. Wir sprechen deshalb von einer „**Anthropologie des schöpferischen Menschen**“ [Petzold 1996, Band I].

GESUNDHEITS- UND KRANKHEITSMODELLE

1. das **Modell der Entwicklungsschädigungen**

Traumata (Überstimulierung), Defizite (Unterstimulierung), Störungen (uneindeutige, unterbrochene Stimulierung), Konflikte (widerstreitende Stimulierung) können, wenn sie die Ressourcen, die Konfliktlösungs- und Bewältigungsmöglichkeiten (coping capacity) des Menschen überschreiten, krankheitsauslösend wirken

2. das **Modell der multiplen, zeitextendierten Belastung bzw. Überlastung**

Nicht nur ein Ereignis, sondern Ereignisketten, nicht nur eine kurzzeitige Einwirkung, sondern über längeren Zeitraum wirkender Streß sind in der Regel Ursache von Erkrankungen;

3. das **Repressionsmodell der Krankheit**

Es besagt: Wenn expressive Impulse des Organismus (z. B. das Zeigen von Gefühlen) permanent gewaltsam unterdrückt werden oder keine Resonanz erhalten, können diese Situationen zur Ursache von Erkrankungen werden (Petzold 1993a, Band II).

DIE PRAXIS DER BEHANDLUNG - METHODEN, TECHNIKEN UND MEDIEN

Die Integrative Therapie verfügt auf der Grundlage der Breite ihres Ansatzes über ein reiches Repertoire an **Methoden**, z. B. Integrative Leib- und Bewegungstherapie, Integrative Kunsttherapie, Integrative Musiktherapie [Petzold 1996], **Behandlungstechniken** (z.B. Rollentausch, Identifikations- und Dialogtechnik, Lebenspanorama, Körperbilder) [Rahm et al. 1993] und **Medien** (z.B. Farben, Puppen, Kollagen, Ton usw.), die indikationsspezifisch und prozessorientiert eingesetzt werden können. Sie stehen immer aber im Rahmen einer tragfähigen, empathischen therapeutischen Beziehung. Diese bildet die Grundlage der Heilung. Bearbeitet werden **Probleme der gesamten „Lebensspanne“**, Belastungen aus der Kindheit, Schwierigkeiten im aktuellen Lebensvollzug, Befürchtungen für die Zukunft. Unbewußte Konflikte und bewußtes Material werden auf einer **kognitiven, emotionalen und leiblichen Ebene** angeschaut und durchgearbeitet.

Aus den verschiedenen Praxeologien der therapeutischen Verfahren haben wir in der Integrativen Therapie „**vier Wege der Heilung**“ herausgearbeitet [Petzold 1996, Band I]. Der „erste Weg“ zentriert auf die Sinnerfahrung und Vermittlung von Einsicht, der „zweite Weg“ auf emotionale Nachsozialisation und Vermittlung von Grundvertrauen durch „korrigierende emotionale Erfahrungen und Parenting-Prozesse“. Der „dritte Weg“ zielt auf Erlebnisaktivierung und die Ermöglichung „alternativer Erfahrungen“, z.B. durch Formen kreativtherapeutischer Gestaltung. Der „vierte Weg“ will Solidaritätserfahrungen vermitteln und eine „exzentrische Sicht“ auf krankmachende, gesellschaftliche Zusammenhänge.

(...) **Indikation** [für die Integrative Therapie]: „Ihre kreativtherapeutischen und leibtherapeutischen Möglichkeiten machen sie für die Behandlung psychosomatischer Störungen, nicht zuletzt bei Patienten aus benachteiligten Schichten mit **eingeschränkter Verbalisationsfähigkeit**, sehr geeignet. Die emotionszentrierten Methoden und die erlebnisaktivierende Praxis ermöglichen die erfolgreiche Behandlung des ganzen Spektrums neurotischer Erkrankungen. Die Kombination verbaler und nonverbaler Vorgehensweisen schließlich bietet auch für ansonsten schwer zugängliche Patientenpopulationen mit psychiatrischen Erkrankungen, Drogen- und Rauschmittelabhängigkeit, psychischen Alterserkrankungen, Behandlungsmöglichkeiten [Petzold 1993, Band III]. So finden sich im eigentlichen Sinne keine Kontraindikationen, sondern es ist von „**spezifischen Indikationen**“ auszugehen, für die die entsprechenden Methoden, Techniken und Medien ausgewählt und zugespaßt werden müssen“.

Durch diese klaren Standortbekenntnisse wird Hilarion Petzolds „Integrative Therapie“ natürlich (an)greifbar; hier wird nicht versucht, es allen recht zu machen und allen gerecht zu werden.

Es gibt Abgrenzungen zu jeglicher Art positivistischer, mechanistischer („Machbarkeitswahn“) Auffassung.

Hilarion Petzold ist seit Mitte der sechziger Jahre (!) darum bemüht, die verschiedensten Quellen für seine 1972 begründete Integrative Therapie (IT) fruchtbar zu integrieren. Besonderes Gewicht, wohl wie kein anderer, legt er auf die **Kompatibilität von Menschenbild und Therapiepraxis**. Er ist der vielleicht unterschiedenste Gegner von „wildem“ Eklektizismus wie er in den letzten Jahren unter Psychotherapeuten leider immer populärer wurde.

Die IT, welche seit 1993 in einem dreibändigen Werk (Petzold 1993a) auch theoretisch komplett vorliegt, ist denn auch erstanlich stringent gefasst. Fast jede einzelne Intervention kann bis zur Anthropologie, Ethik, Gesellschaftslehre etc. zurückverfolgt und begründet werden.

Sein Menschenbild liegt im **Humanismus** begründet, in solch grundlegenden Konzepten wie: Der Mensch existiert nur durch den Mitmenschen (Ko-responzenz-a-priori, z.B. Mead 1972, Moreno, Buber 1954), der Mensch ist immer der **leibliche Mensch** (Merleau-Ponty 1966, Marcel 1985), (Ko-) **Kreativität** ist in jedem Menschen vorhanden und muss gefördert werden (Perls 1973, Rogers 1985) etc. Kurz: Die **geisteswissenschaftliche Orientierung** steht insgesamt im Vordergrund. Es tut mir leid, einen solch komplexen Ansatz hier aus Platzgründen auf wenige Zeilen (hoffentlich nicht gerade unkenntlich) verkürzen zu müssen, dies gilt auch für die beiden anderen hier vorgestellten integrierenden Verfahren.

Nach Hilarion Petzolds eigenen Angaben (Petzold 1992a und 1995a) hängt dieses jahrzehntelange Bemühen um Integration stark mit seiner persönlichen **Biographie** zusammen (vgl. Jüttemann/Thomae 1987). Aufgewachsen in Paris, die Mutter aus Rumänien, der Vater aus Ostdeutschland stammend, den Pariser Frühling als Student miterlebend, später in Deutschland und Holland lehrend, wurde Hilarion Petzold schlicht zur Integration gezwungen um diesem bewegten Leben überhaupt einen übergeordneten Sinn zu geben.

Ich möchte an dieser Stelle ganz einfach einmal behaupten, dass jeder sog. Schulengründer sehr viel persönliches in seine Konzeptionen einfließen lässt; auch wenn solches meist wissenschaftlich untermauert und anscheinend objektiviert wurde ...

Hilarion Petzold postuliert **14 Wirkfaktoren**, welche ich zusammengefasst nachfolgend auflisten möchte. Ich empfehle, diese 14 Faktoren mit unseren 10 der empirischen Untersuchung (Kap. 4.3.1) zu vergleichen.

„Interventionen sind Massnahmen zur Strukturierung einer Situation im Sinne vorgegebener Zielsetzungen“ (Petzold 1982, S. 278). Er hat in einer ersten Auflistung von therapeutischen Interventionsstrategien (als Rollenfunktionen!) folgende Stile und Funktionen beschrieben (eigene Zusammenfassung aus Petzold 1982, 278 ff.):

1. Katalysieren: Das wichtigste Instrument der Therapie ist der Therapeut. Der Therapeut wird mit seiner ganzen Person zur Intervention (...) er verkörpert ganzheitlich das, was er dem Klienten vermitteln will (...) als Medium (s.a. Ferenczi, Freud, Perls). An der *Prägnanz der Identität des Therapeuten* vermag der Klient Klarheit und Festigkeit zu gewinnen und mehr und mehr an eigener Identität aufzubauen. (...) Dies setzt allerdings die *Integrität der Persönlichkeit* des Therapeuten und eigene Integrationsarbeit, d.h. *eine eigene Analyse*, voraus (Vööbus 1975).

2. Facilitating: Der Therapeut wird zu jemandem, der *Wachstumsprozesse fördert* (...) Wachstum bedeutet Lernen durch Erfahrungen (Perls 1972). Facilitating bedeutet, den Klienten mit geringsten Hilfen Dinge selber tun und finden lassen. Es geht immer *vom Impuls des Klienten aus* und strukturiert Situationen so, dass er seine Schritte selber tun kann. Es ist der Rhythmus des Patienten, der für die Dynamik der Therapie massgeblich ist und nicht der Rhythmus des Therapeuten. Es gilt der Grundsatz: „Don't push the River, it flows by itself“ (Perls 1973).

3. Stützen: Hierunter versteht Petzold, mit Perls eingehend, eine *Entlastung des Patienten in defekten Bereichen* und wichtiger noch ein Entdecken und Wecken von „self support“ zugunsten des „environmental support“; oder in Grawe's Worten eine *Ressourcenorientierte Haltung* nebst der Problemorientierten. Stützen heisst zwar unbedingtes Akzeptieren des Klienten, aber eben auch ein Verweisen auf eine eigenbestimmte Haltung (sog. Verantwortung für sich übernehmen).

4. Gezielte Verselbständigung: Hier geht es nun um diesen bereits angesprochenen Teil der „Hilfe zur Selbsthilfe“. Perls nannte diese Interventionsform „*skillfull frustration*“ (Perls 1973).

5. Konfrontation: „Konfrontation bedeutet das *Nebeneinanderstellen zweier Realitäten* mit dem Ziel des Vergleichs, des Bewertens und der Auseinandersetzung“ (Petzold 1982). Oft sind es Deutungen, die den Patienten mit dem Realitätsprinzip konfrontieren - dann beginnt die eigentliche Arbeit, nämlich das *Finden eines Korrespondenzprozesses* zwischen Therapeut und Klient. Es geht nicht darum, eine absolute (therapeutische !) Wahrheit aufzudrängen...

6. Paradoxe Interventionen: Diese Interventionen machen dem Klienten das Dysfunktionale und *Absurde in seinem Verhalten deutlich*. Auch hier ist eine tragende, vertrauensvolle Beziehung nötig, da sonst das Paradoxe nicht als solches angenommen wird.

7. Verstärken: *Vermitteln positiver Erfahrungen* und das Verstärken erwünschter Verhaltensweisen durch den Therapeuten. Ähnlichkeiten zum Faktor Support/Stützung, obwohl hier konkretere Inhalte gemeint sind.

8. Stimulieren: Ein *Aktivieren*, besonders bei antriebsarmen Menschen indiziert. Kann geschehen durch Arbeit mit *kreativen Medien* (malen, musizieren, modellieren), Rollenspielen oder auch durch Erfragen von Erlebnisinhalten. Jede Form, Erleben anzuregen, sich auf Situationen und Menschen einzulassen, gehören hierher.

9. Evozieren: Wiederholungszwang (Psychoanalyse), Schema (Kognitive Therapie) sind Konstrukte aus anderen Therapierichtungen für dasselbe Phänomen. Es geht hier um ein *Wiedererleben „alter Szenen“*, um ein Auflösen unbewusst ablaufender (Verhaltens-)Muster zugunsten neu zu erwerbender Möglichkeiten mittels z.B. „*korrigierender emotionaler Erfahrungen*“.

In einem neueren Ueberblick über therapeutische Faktoren werden nun 14 Wirkfaktoren formuliert (Petzold 1992, 314 - 328):

1. Einführendes Verstehen (EV): Unter diesem Begriff werden Mitgefühl, Empathie, Takt, Wertschätzung gefaßt und Aussagen von der Art, daß ein Patient sich von seinem Therapeuten „*so gesehen fühlt, wie er ist*“, sich in seiner Lebenssituation, seinen Problemen, seinem Leiden „*verstanden fühlt*“.

Das erfordert von seiten des Therapeuten, daß er nicht nur bereit ist, sich seinen Patienten gegenüber einführend zu verhalten, sondern daß er auch bereit ist, sich *von seinen Patienten empathieren zu lassen* (sie tun es ohnehin, auch wenn man „*hinter der Couch sitzt*“). Diese nicht immer einfache Situation wird durch den therapeutischen Stil der „*selektiven Offenheit*“ und „*partiellen Teilnahme*“ sowie durch das Prinzip des „*Aushandelns von Grenzen*“ (Petzold 1993a, 1126 f) handhabbar.

2. Emotionale Annahme und Stütze (ES): Akzeptanz, Entlastung, Trost, Ermutigung, positive Zuwendung, insbesondere Förderung *positiver selbstreferentieller Gefühle und Kognitionen* (idem 1992a, 823 ff.), z.B. Selbstwertgefühl, Selbstsicherheit, Selbstakzeptanz, Selbstvertrauen - was eine Reduktion *negativer selbstreferentieller Gefühle und Kognitionen*, z.B. Minderwertigkeit, Schuld, erlernte Hilflosigkeit (Seligman 1975), Scham usw. erforderlich macht - kennzeichnen diesen Faktor, der so mit dem des „*einführenden Verstehens*“ unlösbar verbunden ist.

3. Hilfen bei der realitätsgerechten praktischen Lebensbewältigung/Lebenshilfe (LH): *Erschließen von Ressourcen, Rat, und tätige Hilfe bei der Bewältigung von Lebensrealität*, Problemen usw., praktische Lebenshilfe also, gehört zu den besonders wirksamen Therapiefaktoren, die gerade für die Kurzzeittherapie immense Bedeutung hat. (Dieser Faktor ist durch die große Zahl verhaltenstheapeutischer Studien besonders repräsentiert). Wo immer es Therapeuten gelingt, die Probleme ihrer Patienten ernst zu nehmen und ihnen für die Lösung dieser Probleme Hilfen für realitätsgerechte Lösungen an die Hand zu geben, gelingen therapeutische Beziehungen.

4. Förderung emotionalen Ausdrucks (EA): Bei diesem Faktor geht es um Zeigen von Gefühlen, Sprechen über Gefühle, *kathartische Entlastung* (Schelp, Kemmler 1988; Kemmler, Schelp, Mecherill 1991). Er findet sich besonders in erlebnisaktivierenden Verfahren und ist von dem der emotionalen Stütze (ES) zu unterscheiden, aber auch mit diesem eng verbunden. Gerade mit Blick auf die

neuere Emotionspsychologie wird dem Faktor „Förderung emotionalen Ausdrucks“ zunehmend Beachtung zu schenken sein, insbesondere wenn man Psychotherapie als „emotionale Differenzierungsarbeit“, als Behandlung „dysfunktionaler emotionaler Stile“ oder als die Beeinflussung von „Grundstimmungen“ (Petzold 1992b, 833 ff.) auffasst.

5. Förderung von Einsicht, Sinnerleben, Evidenzerfahrungen (EE): Einsicht in Lebens- und Problemzusammenhänge bzw. Krankheitsbedingungen. In jedem Falle geht es darum, daß Menschen *Zusammenhänge und Hintergründe* in möglichst umfassender Weise verstehen, Ursachen und Wirkungen zusammenbinden können, daß sie handlungsleitende Explikationsfolien für die *Strukturierung ihres Alltags* und ihres Lebensvollzugs erhalten.

Es muß geschaut werden, wieviel Komplexität der Patient in seinem Therapieprozeß und seiner Lebenssituation bewältigen kann, wo eine solche Erweiterung des Horizontes konstruktiv ist oder wo sie zu einer Belastung werden kann. *Nicht jede Einsicht ist heilsam.*

6. Förderung kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit (KK): Sehr viele Patienten sind in ihren Möglichkeiten, mit anderen Menschen zu kommunizieren, eingeschränkt. Es fehlt an sozialer Wahrnehmung, an Rollenflexibilität, an „social skills“, an *Ausdrucksvermögen*. Es fehlen die Worte, die Möglichkeiten, auf jemanden zuzugehen. Es mangelt an Empathie bzw. „mutueller Empathie“ (der Möglichkeit, sich einzufühlen und sich empathieren zu lassen). Hier müssen Therapeuten Hilfestellungen geben, Kommunikationsmöglichkeiten zu erschließen, zu erproben und - über die therapeutische Situation hinausgehend - im Alltag zu aktualisieren. Gelingende Kommunikationen machen Menschen kommunikativer und kommunikativ kompetenter. Das Ko-respondieren im *berührten* therapeutischen Gespräch hat hier eine wichtige Modellfunktion, denn der Therapeut wird hier zugleich Modell und Feedback-Instanz (Strupp/Binder 1984).

7. Förderung leiblicher Bewusstheit, Selbstregulation und psychophysischer Entspannung (LB): „Awareness“ und „consciousness“ gegenüber *leiblichen Regungen und Empfindungen*, die sich in Gefühlen entfalten und leiblich-konkret zeigen können (Petzold 1992b, 806 ff.), wo immer dies möglich ist, müssen als gesundheitsfördernde und krankheitsvermindernde Faktoren gesehen werden.

8. Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen (LM): Therapeutische Prozesse sind Lernprozesse. *Lebensvollzug ist ein permanentes Lernen in der Auseinandersetzung mit dem Kontext*. Wir können bei vielen Patienten beobachten, daß ihre Probleme u.a. auch damit verbunden sind, daß ihre Lernmöglichkeiten und Interessen eingeschränkt wurden oder behindert worden sind, ja *negativ sanktioniert* wurden.

Da es sich bei Therapien um „begleitete Lernprozesse“ (Petzold 1993a, S. 1349) handelt, müßten die Formen des Interesses und Lernens thematisiert werden, sonst werden „Lernstile“ - und es geht hier natürlich keineswegs nur um schulisches Lernen, sondern auch um die Lernprozesse des Lebensalltags - mit ihren konstruktiven Potentialen und ihren dysfunktionalen Verformungen nicht bearbeitbar.

9. Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten und Gestaltungskräfte (KG): *Wahrnehmen -- Resonanz -- Erleben -- Resonanz -- Ausdruck -- Resonanz -- Gestalten*, das ist eine Sequenz, die schöpferische Prozesse kennzeichnet, wobei die Wahrnehmung selbst schon schöpferisch sein kann, wenn sie vielperspektivisch in die Welt ausgreift und ein komplexes *Realitätserleben fördert*. Viele Menschen sind in ihrer Wahrnehmung eingeschränkt bis hin zur Anästhesierung, und damit sind auch die Möglichkeiten des Erlebens beschnitten, die Möglichkeiten, die Welt zu erfahren. Ihnen sind deshalb die Quellen heilenden Erlebens verschlossen, und es werden keine „inneren Resonanzen“ möglich, die - werden sie stark genug - Ausdruck gewinnen können. *Ausdruck aber bietet die Chance der Gestaltung*.

Konkret heisst das, *Anregungen zu kreativem Tun zu geben* als Form der Lebensbewältigung, der Entlastung, der Bearbeitung von Problemen, der *Selbstverwirklichung*. Diese eröffnen einen Zugang zu „salutogenen Erfahrungen“ der Vergangenheit, deren Aktualisierung ein grosses, heilendes Potential hat, und sie können in Prozessen der *Symbolisierung* (Orth, Petzold 1993a) komplexe Zusammenhänge zugänglich und bearbeitbar machen.

10. Erarbeitung von positiven Zukunftsperspektiven (PZ): Hier geht es um den Aufbau und die Bekräftigung von Sicherheit und *Hoffnungen*, den Abbau von Befürchtungen und Katastrophenerwartungen, um die Auseinandersetzung mit Plänen, Zukunftsvisionen, Lebenszielen. Die Identität eines Menschen gründet nicht nur in der Vergangenheit. Sie umfasst auch seine *Zukunftsentwürfe* (Petzold 1991a, 333 ff.). Fehlende Lebensziele, ein zusammengebrochener Zukunftshorizont kennzeichnen viele Krisen und psychische Erkrankungen.

Der Unterschied zu Grawes APT (und weniger deutlich zu Blasers POT) liegt nicht so sehr im praktischen Vorgehen (was noch zu zeigen sein wird), als vielmehr in den **zugrundegelegten Metatheorien**.

Beispiele: Beide legen viel Gewicht auf die Dimension der **Beziehung** zwischen Therapeut und Klient. In der APT wird aber Beziehung mittels Strategien (meist: komplementäre Beziehungsgestaltung) zu erreichen versucht (Fragebogen und SASB Analysen geben „objektiv“ Auskunft über deren Qualität), während sie in der IT als immer wieder neu auftauchender Kontakt angesehen wird, der nicht „gemacht“ werden kann, sondern im immerwährenden Korespondenzprozess entsteht (oder auch nicht). Dementsprechend die Wortwahl: Interaktionell (Grawe) vs. Intersubjektiv (Petzold).

Emotionen spielen ebenfalls in beiden Ansätzen eine Rolle: In der IT bilden Affekte, Stimmungen, Gefühle leiblich spürbare (meist unausgesprochene!) Dimensionen des Kontakts. In der APT handelt es sich um kognitive Strukturen der Bewertung und Motivation in der Form von negativen (!) emotionalen Schemata, welche in den Griff zu kriegen sind. Man bekommt den Eindruck eines eher störenden Elementes in der Therapie (vgl. v.Cranach 1995a). Die IT baut hingegen gerade auf den Gefühlen auf, welche auch immer es gerade sind (**Hier-und-Jetzt-Prinzip** aus der Gestalttherapie). Denn diese sind es, welche zusammen mit den leiblichen Regungen den Kern und das Potential des Menschseins bilden.

Folgende **Gegenüberstellung** der kognitiv-behavioralen Positionen und der humanistisch-integrativen andererseits soll nicht polarisierend wirken. Ich möchte lediglich in etwas plakativer Manier grundsätzliche Unterschiede in Form von „**Schlagwörtern**“ hervorheben. Dass es daneben viel Gemeinsames gibt und sich die Positionen sogar einander angleichen, habe ich schon erwähnt. Ich denke, dass trotzdem diese Grundlagen auch in Zukunft unverändert Bestand haben werden.

naturwissenschaftlich	geistes- und sozialwissenschaftlich
nomothetisch	Idiographisch
quantitativ	Qualitativ
empirisch-positivistisch	Hermeneutisch
„objektiv“	Subjektiv
Computer-Modell	Handlungsmodell
Variablen und Elemente	Ganzheiten, Sinnzusammenhänge
gesellschafts-konform	kritisch-synarchisch
kognitiv-behavioral	Psychodynamisch-humanistisch
strukturell	Phänomenologisch
Wissen	Erfahrung und „awareness“
Rationalistisch	Konstruktivistisch
interaktionell-systemisch	Intersubjektiv-dialektisch
Schema	Narrativ
Erklären	Verstehen
Information	Szenen, Bilder, Symbole
Körper	Leib
Emotion	Gefühl
	etc. etc.

Tabelle 6: Gegenüberstellung naturwissenschaftliches vs. geisteswissenschaftliches Modell

Im Schlussteil werde ich nochmals ganz explizit auf die grossen Unterschiede der Erkenntnistheorie und der wissenschaftstheoretischen Positionen eingehen (Kapitel 6.1.4).